

# **DESS EN ECONOMIE ET MANAGEMENT DE LA SANTE (MASTER IN HEALTH ECONOMICS AND MANAGEMENT)**

IEMS Lausanne  
Faculté des HEC et Faculté de Biologie et de médecine de l'Université de  
Lausanne

## **MEMOIRE**

Transferts de compétences entre professionnels de santé :  
état des connaissances théoriques et exemples  
d'expérimentations

Par

**Airelle Buff**  
licenciée en management

**Directeur de mémoire :**

M. le Prof. F. Paccaud  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne

**Expert :**

M. Pascal Zurn  
Département des ressources Humaines pour la Santé, OMS, Genève

Lausanne  
Octobre 2006

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>2. ETAT DES CONNAISSANCES THEORIQUES.....</b>	<b>5</b>
2.1 DEFINITIONS ET DETERMINANTS .....	5
2.1.1 La santé, un secteur économique de production particulier.....	5
2.1.2 Définitions.....	6
2.1.3 Evolution historique des transferts de compétences.....	7
2.1.4 Le modèle conceptuel de J. Buchan.....	7
2.1.5 Les raisons du changement.....	11
2.1.6 Les déterminants.....	13
2.2 QUELLE EFFICACITE DANS L'AMELIORATION DE L'ETAT DE SANTE ? .....	15
2.3 QUELLE EST LA MESURE DE L'EFFICIENCE ? .....	19
2.3.1 Mesure de la productivité et temps de consultation .....	19
2.3.2 Mesure de l'impact économique .....	20
2.3.3 Les coûts salariaux .....	20
2.3.4 Autres déterminants du coût de la délégation .....	21
2.4 QUE DEVIENT LA QUALITE DES SOINS ? .....	22
2.5 QUEL EST LE NIVEAU DE SATISFACTION DES PATIENTS ? .....	22
2.6 QUELLE EST LA MOTIVATION DES PROFESSIONNELS ? .....	23
2.7 LIMITES D'INTERPRETATION.....	25
<b>3. EXEMPLES D'EXPERIMENTATIONS.....</b>	<b>28</b>
3.1 L'EXPERIENCE DES CABINETS D'OPHTALMOLOGIE DE LA SARTHE .....	28
3.1.1 Définition des professions en soins ophtalmologiques en France .....	29
3.1.2 L'organisation des soins ophtalmologiques entre les différentes professions.....	30
3.1.3 Description de l'expérimentation.....	31
3.2 L'EXPERIMENTATION ACTION DE SANTE LIBERALE EN EQUIPE (ASALEE) DES CABINETS GENERALISTES EN POITOU-CHARENTES .....	38
3.2.1 Description de l'expérimentation.....	39
3.2.2 Autres exemples de transfert de tâches dans les soins primaires .....	42
<b>4. SYNTHESE ET DISCUSSION.....</b>	<b>44</b>
<b>5. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>47</b>

# 1. INTRODUCTION

Le secteur sanitaire est l'un des secteurs économiques les plus dynamiques, et ce dans l'ensemble des pays de l'OCDE. En moyenne en 2004<sup>1</sup>, ces pays ont consacré 8,9% de leur PIB et 2'550 USD par habitant aux dépenses sanitaires. Entre 1990 et 2004, les dépenses de santé ont d'ailleurs augmenté plus vite que le PIB dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception de la Finlande.

Il présente plusieurs particularités qui le distinguent des autres secteurs marchands, notamment par l'importante part des dépenses qui est dévolue aux ressources humaines. En effet, par essence, les soins, la rencontre thérapeutique est, et demeure à ce jour, une rencontre humaine. De fait, avoir des professionnels de santé dûment qualifiés, et spécialement en ce qui concerne le corps médical, en nombre et qualité suffisante est une donnée essentielle pour le bon fonctionnement d'un système sanitaire. D'autant que pour assurer la réalisation des ambitieux programmes de prévention ou les réformes des systèmes de santé, faut-il encore pouvoir disposer de la "main d'œuvre" nécessaire.

Or, dans les pays occidentaux, la démographie médicale, ainsi que celle des autres professions de la santé, font l'objet d'une attention accrue depuis que la maîtrise des dépenses sanitaires est devenue un leitmotiv. Tout le débat tourne autour de discussions polémiques de l'ajustement entre l'offre et les besoins de la population, oscillant entre des discours de pénurie ou de pléthore des professionnels, des prévisions alarmistes ou rassurantes.

Au lieu de proposer d'augmenter les effectifs - ce qui n'est pas toujours possible à court terme et implique un temps et des moyens financiers importants - le débat s'est intensifié, ces dernières années, autour d'une réflexion sur une redéfinition de "qui-fait-quoi?", une solution déjà expérimentée dans les pays anglo-saxons, à savoir: le transfert ou la délégation de certaines tâches d'une catégorie de professionnel de santé vers une autre catégorie.

Cette substitution s'inscrit également dans la volonté d'améliorer la disponibilité des médecins pour des tâches qui le nécessitent et d'assurer une meilleure adéquation entre formation et exercice professionnel. Par ailleurs, certains voient dans cette opération de transfert de compétences l'opportunité de conserver une certaine qualité des soins et l'accès des soins aux patients, qui pourraient être mis à mal par un manque de professionnels.

L'objectif de ce travail se compose de deux volets :

- d'une part, il s'agit ici d'élaborer un état des lieux des connaissances théoriques existantes concernant la délégation/substitution de tâches entre professions de la santé, et de ses enjeux;
- d'autre part, il sera examiné, de manière non exhaustive, des exemples d'expérimentations de transferts de compétences réalisées sur le terrain.

Pour ce faire, la réflexion présentée s'est construite sur la base:

- d'une recherche documentaire dans la littérature internationale par l'interrogation des bases de données accessibles sur Internet, métamoteurs de recherche Medline, Embase, CINAHL et la banque de données en santé publique (BDSP). Pour réaliser cette recherche, les mots

---

<sup>1</sup> Source: [www.oecd.org/sante/ecosante](http://www.oecd.org/sante/ecosante); OCDE Health Data 2006.

clés utilisés ont été : *skill-mix*, transferts de compétences, délégation de tâches;

- d'une consultation de la littérature grise fournie par des organismes concernés par la démographie médicale et le partage des tâches, à savoir des rapports de ministères, d'associations de professionnels de la santé, ou d'autres partenaires du secteur sanitaire (par exemple, des caisses d'assurances maladie).

Si presque tous les pays se trouvent aujourd'hui confrontés aux défis de la pénurie des ressources humaines du secteur sanitaire, les contextes et les conséquences de ce phénomène dans les pays du tiers-monde présentent des caractéristiques propres qui ne rendent pas toujours transposables les conclusions des recherches : mauvaises conditions de travail et de rémunération des professionnels, difficultés de formation, émigration massive du personnel vers le Nord, insuffisance d'infrastructures et des investissements, environnement socio-économique, instabilités politiques et financières, large diffusion d'épidémies, ... Aussi, notre travail ne concernera pas le cas des pays en voie de développement, même si certains éléments de réflexion pourraient s'appliquer à ceux-ci.

En outre, les exemples réellement mis en place sur le terrain, présentés et examinés dans la section 3, se limitent au secteur ambulatoire. Certes, certaines expérimentations de délégation de tâches existent dans des structures hospitalières, elle restent moins nombreuses. Quoique le secteur ambulatoire recouvre des réalités très hétérogènes selon les pays, il paraît particulièrement intéressant du fait de l'émergence de nouveaux modes de pratique de la médecine : les initiatives en la matière fondent la réorganisation des prises en charge de ce secteur sur une plus grande coopération interdisciplinaire des professionnels, laquelle, en fin de compte, remodèle les contours des rôles professionnels de chaque acteur.

L'étude des expérimentations menées sur le terrain et de la littérature scientifique possède forcément des limites, que nous étudierons, notamment du fait qu'elles s'inscrivent forcément dans un système sanitaire particulier, à un moment donné et compte tenu de professionnels de la santé singuliers. L'enjeu n'est pas ici d'en déduire, ni de formuler des solutions transposables à d'autres systèmes sanitaires, les comparaisons internationales étant toujours des exercices périlleux. L'ambition est plutôt d'examiner comment des prises en charge de patient ont été questionnées, revisitées par les professionnels eux-mêmes et à quels résultats elles ont abouties, démontrant ainsi qu'il est possible de réfléchir à réorganiser une activité de soins de manière différente sans pour autant vouloir diminuer la qualité des soins.

## 2. ETAT DES CONNAISSANCES THEORIQUES

### 2.1 DEFINITIONS ET DETERMINANTS

#### 2.1.1 La santé, un secteur économique de production particulier

Le secteur sanitaire dépend très fortement des ressources humaines qui y sont engagées : le coût des ressources en personnel représente 65% à 80% des dépenses sanitaires annuelles (Gupta et al., 2003). La rencontre humaine constitue, en effet, l'une des composantes majeures de l'activité de soin ; c'est au travers des actions des professionnels de santé qu'un système de soins contribue à l'amélioration de la santé d'une population. Parmi l'ensemble des différents groupes professionnels de santé, le médecin, du fait de son rôle de prescripteur, constitue le principal levier d'action de la chaîne des soins. Cette particularité reste valable en dépit de la technicisation croissante des soins. En conséquence, le niveau et la qualité des ressources humaines engagées auront un impact significatif sur la qualité et le coût des soins délivrés.

Les biens et services sanitaires ne sont précisément pas des produits de consommation comme les autres et présentent de nombreuses particularités qui en font leur complexité. Le bien de santé n'est pas stockable : le service sanitaire est simultanément produit et consommé. En conséquence, le secteur sanitaire demeure une activité économique où producteurs et consommateurs, à savoir les patients, se rencontrent, s'échangent un service dans une relation de proximité géographique : il existe en effet, jusqu'à ce jour, pas ou très peu de services de soins produits et délivrés à distance. C'est majoritairement encore le consommateur qui se déplace sur le lieu de production afin d'y recevoir les soins.

Par ailleurs, l'incertitude sur l'état de santé future d'un patient, ou d'une population, rend la demande par essence irrégulière. Du côté des producteurs, l'incertitude quant à l'efficacité d'un traitement à guérir subsiste, et implique un coût, de facto, incertain. D'ailleurs, le patient ne possède pas les mêmes connaissances médicales que son fournisseur de soins. Cette asymétrie d'information, tant du point de vue du diagnostic que du traitement, met le fournisseur dans une position avantageuse qui lui permet d'user, éventuellement, de son pouvoir discrétionnaire pour influencer la nature et le volume de production.

Autre singularité, la mesure de l'*output* des services sanitaires. « La difficulté à trouver une unité de mesure provient du caractère non homogène du service. D'abord, le service sanitaire peut être différencié en fonction de plusieurs critères tels que le type de soins, la durée du traitement. Ensuite, et surtout, la qualité des soins étant une variable, une unité du service sanitaire n'est souvent pas semblable à une autre unité. » (cours Economie de la santé I, F. Abbé-Decarroux, Master in Health Economics and Administration, UNIL, 2003-04).

Enfin, le bien ou service de santé déploie des effets dits privés, i.e. qui agissent sur le patient, et des effets externes, ou externalités, qui désignent les effets affectant des personnes ou une population autre que le patient qui a reçu directement les soins, et qui n'ont donc pas été associés à l'acte de consommation initial (p.ex., le cas de la vaccination).

De fait, il est alors difficile de pouvoir prévoir le nombre et le niveau de qualification de chaque catégorie de professionnels de santé dont un système sanitaire a besoin, et de mettre ceux-ci à la disposition des différentes organisations, précisément au moment où elles en ont besoin.

## 2.1.2 Définitions

Divers termes sont utilisés indifféremment pour désigner l'objet de notre étude : répartition ou partage des tâches ou des compétences, transfert de tâches et de compétences, délégation de tâches, substitution de rôles, ou encore l'expression générique anglo-saxonne de *skill-mix*. Dans la littérature, un même terme est utilisé pour désigner des réalités bien différentes.

Les travaux de F. Midy (2003), sous l'égide de l'ex-CREDES (devenu l'IRDES depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004), portent sur la délégation de tâches réalisées dans le secteur de la médecine générale. Ils offrent une définition du concept de délégation/substitution qui a le mérite d'être simple : c'est « le transfert de tâches antérieurement réalisées par une catégorie de professionnels à une autre catégorie de professionnels, ou à un autre grade dans la même catégorie ».

D'autres auteurs font une distinction entre la notion de transfert de compétences et de délégation de tâches. « Dans le cas de la délégation, la responsabilité des actes repose sur le professionnel qui délègue (...). En revanche, dans le cas des transferts de compétences vers un autre professionnel de santé, c'est ce dernier qui devra assumer la responsabilité de ses actes » (Coumau, 2005).

En plus de la délégation et du transfert de compétence, vient s'ajouter une troisième nuance : la notion de diversification qui « traduit un phénomène d'extension des services offerts. » Le cas du National Health Service est tout à fait singulier puisque le *general practitioner*, l'équivalent du médecin généraliste (GP, soins primaires) constitue le *gatekeeper* à l'accès aux soins spécialisés. Il faut rappeler que la réforme britannique mise en place au début des années nonante avait permis la création de groupes de généralistes responsables d'un budget (*general practitioners fundholders*). Il s'agissait donc de prendre en charge au moyen de ce budget une certaine partie de la population (système de capitation). Ces derniers avaient parfois proposé à leurs patients, dans leur propre cabinet, des consultations de spécialistes, des soins de kinésithérapie, un conseil psychologique... Ce mouvement d'élargissement de l'offre de services de soins s'est accentué au sein des « groupes de soins primaires » (*Primary Care Groups/Trusts*). Dans le cadre des soins primaires britanniques, cela a pu se traduire par le recrutement de spécialistes qui offrent alors des consultations auparavant réalisées à l'hôpital. Les domaines concernés sont par exemple : l'alcoologie, la rhumatologie, l'obstétrique avec l'intégration de sages-femmes dans les cabinets médicaux de généralistes, l'ophtalmologie. Récemment, le domaine le plus discuté au Royaume-Uni est celui de la santé mentale avec l'intégration dans l'équipe soignante de nouveaux professionnels, les *counsellors*, dont la tâche principale est l'apport d'un soutien psychologique aux patients, et en particulier en cas de détresse psychologique, dépression ou anxiété. Cette tendance à l'extension à de nouveaux services s'est aussi traduit, au Royaume-Uni par le développement de nouvelles compétences chez les professionnels en place qui ont été par la suite amenés à diversifier leur offre: par exemple, des consultations dédiées à une maladie chronique ou la mise en place d'actions de prévention, d'éducation et de promotion à la santé.

En résumé, différents types de délégation ou transferts de compétences peuvent être mis en pratique :

- entre acteurs médicaux généralistes et paramédicaux ;
- entre acteurs médicaux spécialistes et paramédicaux ;
- entre médecins généralistes et spécialistes ;
- entre acteurs paramédicaux et autres catégories de professionnels ;
- via la création d'une nouvelle profession de la santé.

Tout l'enjeu pour les décideurs du secteur sanitaire revient donc à déterminer le bon dosage en professionnels de santé en vue d'assurer la production de soins, compte tenu des ressources, par définition limitées, et des priorités sanitaires. Il s'agit donc de modifier « l'éventail des qualifications » (*skill-mix*) du personnel de santé impliqué pour améliorer les performances des systèmes de santé. « Parmi les pistes envisagées, (...), c'est la substitution du personnel infirmier aux médecins qui a le plus retenu l'attention (Buchan, 2005). »

### 2.1.3 Evolution historique des transferts de compétences

Historiquement, c'est dans le monde anglo-saxon, à la fin des années soixante, que naissent les premières expériences et études concernant la délégation de tâches ou les transferts de compétence entre professions de santé : elles concernent l'introduction de personnel infirmier dans des cabinets de soins primaires. Comme le décrit Midy (op. cit.), « le transfert de compétences a d'abord été expérimenté aux Etats-Unis et au Canada dès les années soixante dans le contexte particulier de rationalisation du système de soins. De nouveaux métiers sont alors apparus tels que celui d'infirmières praticiennes (*nurse practitioners*) ou d'auxiliaires médicaux (*physicians' assistants*). Par la suite, l'intensification de la concurrence entre réseaux de soins (*Managed Care Organization*) aux Etats-Unis a accéléré le processus par la recherche de gains de productivité. »

Les premières études menées au Royaume-Uni voient le jour à la fin des années soixante-dix sous la forme d'études d'opinion auprès des médecins généralistes pour tester leur acceptation d'une extension du rôle infirmier. Les expériences conduites dans le système sanitaire britannique, système administré par les autorités publiques, s'inscrivent certes dans une recherche d'efficacité, mais elles tendent avant tout à améliorer l'accès aux soins, dans un contexte où les consultations des médecins généralistes sont saturées. Au Royaume-Uni, le nombre de généralistes est en effet limité alors que ceux-ci assurent un rôle très étendu et fonctionnent en tant que *gatekeeper*.

Ce n'est que dans les années nonante, que des recherches tentent de démontrer l'impact, à la fois sanitaire et économique, de la délégation de tâches entre professions de santé.

### 2.1.4 Le modèle conceptuel de J. Buchan

Chaque système de santé a organisé la délivrance de soins selon des configurations qui lui sont propres. Ainsi, il n'existe pas une seule et unique manière de procurer des soins de qualité à une population. Les différences d'organisation des structures sanitaires et des modalités de prise en charge s'illustrent au travers des densités variables de médecins et infirmières d'un pays.

TABLEAU 1. DENSITE DES MEDECINS ET INFIRMIERES EN EUROPE ET AU CANADA.

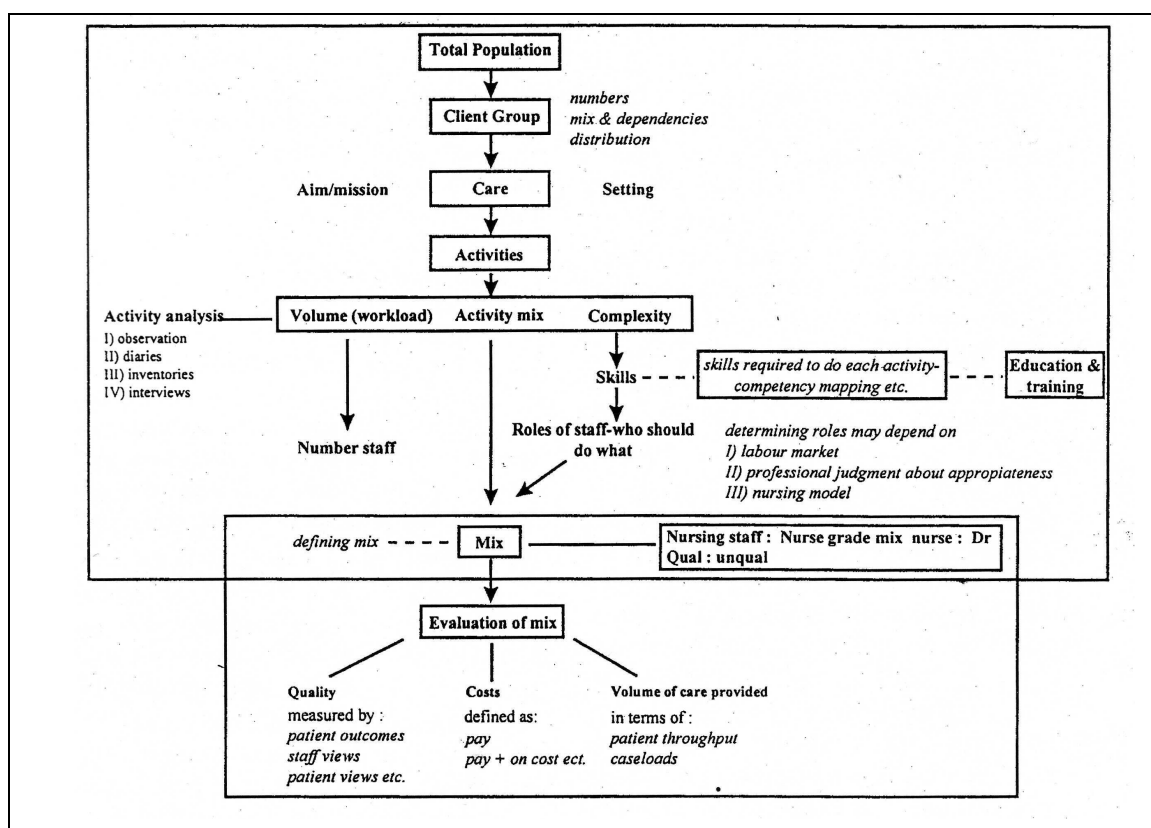
Données de cadrage 2002 <sup>2</sup>									
	France	Allemagne	Pays-Bas	Italie	Suède	Finlande	Royaume-Uni	Canada	
								Ontario	Québec
Taille de la population, en milliers d'habitants	59 486	82 489	16 149	57 994	8 925	5 201	59 232	12 392	7 542
Dépenses totales en % PIB	9,7	10,9	9,1	8,5	9,2	7,3	7,7	Canada: 9,6	
Nombre de médecins en activité	198 700	275 167	49 366	253 000	24 993	17 641	126 126	21 735	15 800
Densité de médecins pour 100'000 habitants	334	334	306	436	280	339	213	175	209
Nombre d'infirmières en activité	425 981	986 000	136 500	312 707	78 380	70 090	605 000	84 013	62 190
Densité d'infirmières pour 100'000 habitants	716	1 195	845	539	878	1 348	1 021	678	825

Source: Bourguéil Y., Marek A., Mousquès J., Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières, l'apport d'expériences européennes et canadiennes, biblio n°1624,

<sup>2</sup> "Guide de lecture: la comparaison des données quantitatives relatives aux infirmières entre pays est délicate en raison d'un usage variable du titre d'infirmière selon les pays et d'une précision des statistiques variable selon les pays introduisant une marge d'erreur importante pour certains d'entre eux. Ainsi, la profession de sage-femme apparaît comme une spécialité infirmière dans certains pays comme le Royaume-Uni. De même la distinction entre aide soignante et infirmière n'est pas toujours aisée. Dans un souci de comparaison avec la France nous avons donc sélectionné dans les données accessibles celles relatives à la catégorie française IDE (Infirmière Diplômée d'Etat) généralement intitulées "registered nurses" ou infirmière autorisée en excluant la spécialisation de sage-femme."

Un projet de *skill-mix* consiste donc à redéfinir le mode d'organisation du travail, d'une prise en charge du patient entre différents professions de santé de sorte que les tâches et rôles de ces professionnels sont redéfinies. J. Buchan a formalisé un modèle théorique afin d'aider à identifier les différents composants d'un projet de *skill-mix* (Buchan, 1999). Comme l'auteur lui-même le souligne, il faut distinguer une démarche « idéale », dite de recherche, dans laquelle une distance avec la réalité des contraintes et données quotidiennes d'une organisation est nécessaire, d'une approche davantage pragmatique, menée par des organisations, forcément limitées par des contingences de temps, de disponibilités de ressources, de jeu de pouvoir entre groupe de professionnels, voire d'enjeux politiques. Même si cette approche « idéalement » objective ne se concrétise quasi jamais, il demeure intéressant de présenter ici quels pourraient en être les étapes, exercice qui pourra aider à distinguer et formaliser le contenu et dosage d'un projet de *skill-mix*. La figure 1 détaille les étapes menant à la définition de la répartition optimale des compétences pour un certain type de prise en charge d'un certain type de patients.

FIGURE 1. MODELE CONCEPTUEL DU SKILL-MIX



Source : J. Buchan, Determining Skill Mix : Lessons from an International Review, Human resources for health development Journal (HRDJ), vol. 3, n°2, May-August, 1999.

Idéalement, à partir d'informations relatives au profil des patients concernés (*client groups*), du type de prise en charge en question (*care et activities*) est défini un ensemble d'activités sanitaires, que l'on peut décrire à la fois en termes de volume et de degré de complexité. D'un côté, l'analyse du niveau de complexité d'une activité permet de déterminer les compétences requises pour la mener à bien, et par voie de conséquence de fixer quelle catégorie de professionnel assumera telle ou telle tâche. De l'autre côté, l'analyse du volume de prise en charge permet de déterminer la quantité de personnel nécessaire. Ainsi, on aboutit à la définition de la composition ou du *mix* idéal du nombre et type de professionnels, et ce pour un certain type de prise en charge d'un certain groupe de patients. Comme le précise l'auteur du modèle, le niveau de détail et de spécificité augmente à mesure que l'on avance dans le processus de détermination, (qui correspond au bas de la figure 1), ce qui engendre un besoin



accru d'un set de données complexes.

Au terme de cet exercice, les modifications du *skill-mix* peuvent se traduire par différents résultats tels que « le relèvement de qualifications au sein d'un groupe professionnel donné, une substitution entre différents groupes, une délégation des actes vers le haut ou vers le bas au sein de la hiérarchie d'une même discipline ou des innovations au niveau des fonctions exercées (Buchan & Calman, 2005).

L'évaluation de la pertinence du *skill-mix* ainsi défini devrait ensuite se fonder sur trois types de données :

- sur des données quantitatives relatives au volume de soins produits, nombre de patients, etc.
- sur la base de données qualitatives concernant la qualité des soins prodigués : *patient outcomes*, satisfaction des professionnels, des patients, etc. ;
- au moyen d'évaluation de nature économique : coûts, bénéfices, etc. ;

Dans la pratique de la réalité du terrain, ce modèle conceptuel est rarement utilisé, ou du moins rarement dans son intégralité ni avec toute la rigueur et l'objectivité scientifique qui devrait l'accompagner. En revanche, une approche plus pragmatique préside ce genre de démarche. Elle se base sur l'utilisation courante d'une des huit méthodes listées dans le tableau 2. De nature quantitative ou qualitative, chacune de ces méthodes possède des avantages et inconvénients, et certaines sont d'ailleurs souvent utilisées conjointement.

TABLEAU 2. PRINCIPALES METHODES POUR DETERMINER LE *SKILL-MIX*

APPROCHES	METHODES	AVANTAGES/INCONVENIENTS
Analyse de tâches	Détermination de la fréquence et du coût de chaque tâche d'une activité. Définition du profil de compétences et connaissances requises pour chaque tâche pour définir le <i>mix</i> idéal et identifier les éventuels manques en formation à combler.	Se fonde sur des observateurs formés (coût ; problématique s'il n'y a pas d'accord sur les compétences/connaissances requises). Approche centrée sur les tâches critiquée car elle se concentre sur le « mesurable ».
Analyse d'activités / Echantillonnage d'activité	Activités réalisées par chaque membre du staff enregistrées par des observateurs à des intervalles de temps prédéterminés, durant une période donnée. Détermination de la fréquence et du temps nécessaires pour différentes activités. Analyse des données, utilisée comme base de décision pour la réallocation d'activités/de tâches.	Approche quantitative qui peut être utilisée comme support de discussion. Mais les observateurs externes peuvent être coûteux ; approche difficile s'il ne s'agit pas d'une équipe/unité « fixe/constante » au fil du temps ; danger que le staff n'adhère pas aux conclusions car il n'y aura pas été associé.
Tenue d'un journal de bord des activités	Comme ci-dessus ; mais les données sont enregistrées par le staff lui-même.	Peut limiter les coûts liés à l'emploi d'observateurs externes. Mais quid du coût d'opportunité du staff impliqué dans cette tâche ; le staff peut omettre des détails importants et significatifs ; la grande force est l'implication concrète du staff.

Case-mix du degré de dépendance des patients	Groupes de patients/clients classés en fonction du diagnostic ou du degré de dépendance. Des formules sont utilisées pour convertir les « scores » en heures de travail-personnel nécessaires.	Utilise un mélange d'approches quantitatives et qualitatives ; peut permettre de déterminer la variation en personnel nécessaire au fil du temps pour s'adapter à l'évolution de la charge de travail. Mais ne permet de définir seulement qu'un nombre global de personnes nécessaires ; requiert un travail supplémentaire pour définir le <i>mix</i> de compétences.
Zero Base Reprofiting / Re-engineering	Analyse détaillée du <i>mix</i> , des activités, des compétences et des coûts. Des groupes de travail évalue les alternatives en fonction des ressources disponibles ; le but est d'atteindre le <i>mix</i> idéal.	Radical et fondamental ; rarement appliqué dans son intégralité dus à des contraintes organisationnelles/politiques ; Danger de devenir une liste de « souhaits », avec moins d'accent sur le « comment y arriver ».
Jugement de professionnels	Le staff/la direction, familier du secteur étudié, évalue activités actuelles et la composition du personnel, examine les données disponibles, applique leur compétences et jugements professionnels pour recommander des réallocations de tâches.	Approche <i>low tech</i> , rapide et peu coûteuse ; implique le personnel. Mais possible manque de transparence/objectivité : possibilité que les changements soient mineurs.
Analyse de fonction au moyen d'interviews ou d'analyse de rôles	Interview détaillée individuelle ou de groupe, peut inclure <i>critical incident technique</i> ; <i>repertory grid</i> .	Approche structurée ; si les intervieweurs sont compétents, peut mettre à jour beaucoup d'informations pertinentes ; implique le staff. Mais problèmes dus à des risques de biais dus aux intervieweurs et au manque d'objectivité.
Discussion de groupe / Brainstorming	Workshop/discussion de groupe pour identifier les changements nécessaires. Utilise les données disponibles comme support de discussion.	Peut être rapide – souvent utilisée dans la phase de diagnostic ; implique le staff ; nécessite un animateur de discussion compétent. Mais crée des attentes et peut générer des masses d'opinions contradictoires.

Source : traduit de J. Buchan, Determining Skill Mix : Lessons from an International Review, Human resources for health development Journal (HRDJ), vol. 3, n°2, May-August, 1999.

## 2.1.5 Les raisons du changement

Comme exprimé précédemment, les ressources humaines représentent 65 à 80% des coûts opérationnels du secteur sanitaire, il est donc essentiel, tant pour les managers d'institutions sanitaires que les autorités publiques, de pouvoir déterminer la meilleure combinaison de professionnels qui permettra d'assurer la prise en charge la plus efficace et efficiente possible.

Chaque expérimentation de délégation/substitution de compétences entre des groupes de professionnels de la santé est initiée dans des contextes différents et poursuit des objectifs à chaque fois uniques. La littérature et l'expérience du terrain nous permettent d'identifier toutefois les possibles raisons qui poussent à s'engager dans ce processus de changement.

Si la justification première de ce type de démarche est souvent la recherche de gains d'ordre économiques, d'autres facteurs peuvent tout aussi bien motiver l'engagement de ce processus : la volonté d'innover dans la prestation de services, des pénuries dans certaines professions ou zones géographiques, le désir d'améliorer la qualité ou l'efficacité de prestations. Le tableau 3 répertorie les différents motifs poussant au changement, les enjeux qu'ils contiennent et les types de solutions, d'interventions possibles en fonction de ceux-ci.

TABLEAU 3. *SKILL-MIX* ET NOUVEAUX ROLES : RAISONS DU CHANGEMENT, ENJEUX ET INTERVENTIONS POSSIBLES

RAISONS DE CHANGEMENT	ENJEUX	TYPES D'INTERVENTIONS POSSIBLES
Pénurie de compétences	Répondre à un manque de personnel, en particulier en termes de tâches ou de pénurie de professionnels.	Substitution de tâches ; amélioration de l'utilisation des compétences actuelles, développement de nouveaux rôles.
Maîtrise des coûts et amélioration de la productivité	Améliorer la gestion des dépenses, et particulièrement celles liées aux ressources humaines.	Réduction du coût unitaire du travail ou amélioration de la productivité en modifiant la composition du personnel requis pour une activité ou son niveau de compétence.
Amélioration de la qualité	Améliorer la qualité des soins.	Amélioration de l'utilisation et le déploiement des compétences du personnel en définissant le dosage optimal de professionnel et des fonctions.
Innovation technologique, nouvelles interventions médicales	Utiliser de manière efficiente les nouvelles technologies et interventions médicales.	Formation continue du personnel ; nouvelles compétences ; introduction d'un <i>mix</i> différent, d'un nouveau type de rôle ou de catégories de professionnels.
Nouveaux programmes sanitaires	Maximiser les bénéfices en terme de santé créés par ces programmes en déterminant les catégories de professionnels les plus adéquats.	Evaluation du coût-efficacité du mix de professionnel requis ; amélioration des compétences des professionnels actuellement engagés ; introduction de nouveaux rôles.
Réforme du secteur sanitaire	Maîtriser les coûts, améliorer la qualité des soins, la performance et l'adéquation des organisations sanitaires.	<i>Re-engineering</i> ; ajustement du facteur travail ; nouveaux rôles, nouvelles professions.

Modification du cadre législatif d'une profession ou du mode de régulation (cet élément peut en même temps être classé comme type d'intervention possible)	Permettre des changements des rôles, ou de leurs contraintes, de divers professionnels. Modifier le cadre législatif ou de régulation d'une profession.	Changement ou amélioration des rôles; exiger de nouvelles compétences ; introduire de nouveaux professionnels.
--	---	--

Source : traduit de J. Buchan and L. Calman, Skill Mix and Policy change in health workforce :nurses in advanced roles, OECD Health Working Papers n°17, 24 Feb 2005.

A titre d'exemple, l'introduction de la Directive européenne sur le temps de travail (Directive 93/104/CE du Conseil du 23 novembre 1993), appliquée aux médecins en formation, a fortement incité les décideurs à redéfinir la composition des équipes de travail et des compétences nécessaires pour réaliser tel ou tel acte du processus de soins. Un autre facteur de changement, à savoir la pénurie de certains professionnels médicaux, voire leur difficulté d'accès dans certaines zones géographiques, a conduit quelques pays à modifier l'organisation d'une prise en charge du patient, en élargissant les compétences des infirmières jusqu'à leur donner, parfois, compétence pour prescrire des médicaments. L'évolution des technologies médicales permet également d'imaginer que certaines maladies qui, il y a encore 20 ou 30 ans, auraient nécessité l'intervention de médecins, puissent désormais être prises en charge par d'autres catégories de professionnels.

Bien entendu ces différents motifs ne sont pas mutuellement exclusifs et plusieurs d'entre eux co-existent, bien souvent, simultanément. Pour précision, la délégation/substitution de compétences n'est pas l'unique réponse possible face aux défis répertoriés ; mais les facteurs listés peuvent être des motifs valables conduisant à engager une telle démarche. Parallèlement, toute une palette d'autres solutions existent : améliorer les taux d'occupation des lits d'hôpitaux, l'utilisation des équipements, modifier l'allocation des ressources entre les soins primaires<sup>3</sup>, secondaires et tertiaires, etc.

Il est important de noter que la majorité des facteurs qui conduisent à considérer un projet de délégation/substitution de tâches se situent à un niveau macro-économique et sont la conséquence de réformes du secteur sanitaire. D'ailleurs, la structure même du financement de ce dernier joue un rôle important dans la définition de ce type de projet.

Les types de problèmes rencontrés diffèrent grandement selon les contextes, pays et systèmes sanitaires. Une pénurie d'infirmières autorisées (*registered nurses*) dans les hôpitaux a amené le Royaume-Uni à réviser leurs rôles et à améliorer l'efficacité des services, sans pour autant augmenter le nombre de ces infirmières. Au contraire, la Finlande, où des infirmières se retrouvaient au chômage et où l'on dénombrait un surplus d'infirmières hautement qualifiées, les décideurs optèrent pour le renforcement du *skill-mix*, en leur attribuant plus de tâches/responsabilités, plutôt que de déléguer des tâches à des assistantes moins qualifiées.

Au-delà des facteurs contextuels identifiés par Buchan (2005) qui peuvent créer des tensions dans l'offre de soins, nous rajouterons deux éléments :

- d'une part, la progression de la part de l'activité des secteurs ambulatoire et médico-sociaux dans le secteur des soins ;
- d'autre part, parallèlement à l'accroissement de la demande en soins, la modification des modalités des prises en charge souhaitée par les patients : p.ex. plus d'information à donner au patient, davantage de prise en compte de la dimension psychologique dans le traitement d'une maladie, approche globale d'une problématique, etc.

Autant de raisons qui transforment la nature même des interventions des professionnels de santé et peuvent, en conséquence, inciter à réexaminer l'utilisation des ressources soignantes. En revanche, les solutions qui seront trouvées diffèrent à chaque situation du fait de l'effet conjugué de plusieurs déterminants.

<sup>3</sup> Il n'existe pas de définition universelle des soins primaires. Toutefois, on entend communément par soins primaires les soins ambulatoires de proximité (délivrés en cabinet ou en centres de soins), les actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'information et de conseil. Certains pays intègrent également les soins à domicile fournis par des infirmières.

## 2.1.6 Les déterminants

Plusieurs facteurs, que nous qualifierons de déterminants, jouent un rôle sur l'étendue et l'opportunité d'un re-dimensionnement des compétences des groupes de professionnels de la santé. Le tableau 4 liste, d'une part, les facteurs ayant un impact direct ou indirect sur ce re-dimensionnement, et, d'autre part, les éléments du contexte dans lequel il s'inscrit, le tout participant à définir la nature et l'ampleur du changement qui pourrait être engagé. Selon que le pouvoir décisionnel d'un déterminant se situe au niveau local, régional ou national, celui-ci aura une influence plus ou moins grande sur la capacité de changement sur le terrain, localement. Chacun de ces déterminants peut stimuler, faciliter ou entraver le projet de délégation des tâches. Comprendre et analyser ces déterminants devraient donc être la première étape avant de choisir au moyen de quelles méthodes ces compétences seront ré-évaluées (cf. section 2.1.4).

TABLEAU 4. DETERMINANTS

DETERMINANTS DIRECTS/INDIRECTS	
D1.	STRUCTURE DE REMUNERATION (NIVEAU LOCAL/NATIONAL)
D2.	EXISTENCE DE NORMES DE RATIOS DE PERSONNEL (NATIONAL, REGIONAL, LOCAL)
D3.	ALLOCATION FIXE DE POSTES / PERSONNEL ; REGULATIONS DU SECTEUR PUBLIC/PRIVE
D4.	MODIFICATION DES ROLES PROFESSIONNELS DU FAIT DE LA LEGISLATION
D5.	MODIFICATION DES ROLES ET CONDITIONS D'ACCES A UNE PROFESSION DU FAIT DES PROFESSIONNELS
D6.	REGULATION DE PROFESSIONNELS DE LA SANTE
D7.	AUTONOMIE PROFESSIONNELLE / OFFRE DE NOUVEAU PERSONNEL PAR LA FORMATION
D8.	ACCREDITATION D'EMPLOYEURS
D9.	DEFINITION DU BUDGET A L'EXTERNE DE L'ORGANISATION
DETERMINANTS CONTEXTUELS	
C1.	FINANCEMENT DU SYSTEME SANITAIRE (ALLOCATION ENTRE SECTEUR PUBLIC ET/OU PRIVE)
C2.	REPARTITION ENTRE SECTEUR PUBLIC/PRIVE
C3.	CARACTERISTIQUES DU MARCHE DU TRAVAIL (NIVEAU DE SALAIRE, DEMOGRAPHIE, DIFFICULTES DE RECRUTEMENT, LEGISLATION DU TRAVAIL, PROTECTION DU TRAVAIL)
C4.	SITUATION ECONOMIQUE GENERALE
C5.	VALORISATION DU TRAVAIL ET DE CES PROFESSIONNELS PAR LA SOCIETE

Source : traduit de J. Buchan, J. Ball and F. O'May, Skill mix in the health workforce, guidelines for managers and health professionals, Discussion paper n°3, Evidence and Information for Department of Organization of Health Services Delivery, WHO, Geneva, 2000

Un pays tel que les Etats-Unis où le système de santé est fortement dérégulé et le marché du travail très flexible permet de prendre des décisions à un niveau très local. A l'inverse, un pays dans lequel existent des quotas par types de professionnels de la santé définis à l'échelle nationale, ne pourra permettre à un manager d'une institution sanitaire de décider de la répartition des combinaisons du nombre de professionnels dans sa propre entité.

A titre d'exemple le tableau 5 compare, dans cinq pays, l'impact de ces déterminants et permet de mesurer la marge de manoeuvre existant au niveau local pour implanter un transfert de compétence. Une note est attribuée pour chacun de ces déterminants: un score de 0 indique qu'il n'a pas d'importance sur la nature du changement, une note de 3 qu'il a beaucoup d'importance.

TABLEAU 5. EVALUATION DE L'IMPACT DES DETERMINANTS DANS 5 PAYS

DETERMINANTS DIRECTS/INDIRECTS	USA	UK	Finlande	Costa Rica	Mexique
D1. STRUCTURE DE REMUNERATION (LOCAL/NATIONAL)	PP	3	3	3	3
D2. EXISTENCE DE NORMES DE RATIOS DE PERSONNEL (NATIONAL, REGIONAL, LOCAL)	0	0	0	2	3
D3. ALLOCATION FIXE DE POSTES/PERSONNEL ; REGULATIONS DU SECTEUR PUBLIC/PRIVE	PP	0	2	2	3
D4. MODIFICATION DES ROLES PROFESSIONNELS DU FAIT DE LA LEGISLATION	3	2	PP	2	2
D5. MODIFICATION DES ROLES ET CONDITIONS D'ACCES A UNE PROFESSION DU FAIT DES PROFESSIONNELS (??)	2	2	3	1	1
D6. REGULATION/CREDENTIALLING (??) DE PROFESSIONNELS DE LA SANTE	2	2	1	1	1
D7. AUTONOMIE PROFESSIONNELLE/OFFRE DE NOUVEAU PERSONNEL (FROM TRAINING ? ?)	0	3	2	2	2
D8. ACCREDITATION D'EMPLOYEURS	3	1	?	PP	PP
D9. DEFINITION DU BUDGET A L'EXTERNE( ? ?)	PP	3	3	3	3
DETERMINANTS CONTEXTUELS					
C1. FINANCEMENT DU SECTEUR PUBLIC	PP	3	3	2	2
C2. REPARTITION DES TACHES SECTEUR PUBLIC/PRIVE	PP	1	PP	2	3
C3. CARACTERISTIQUES DU MARCHÉ DU TRAVAIL	2.5	2	2	2	3
C4. SITUATION ECONOMIQUE GENERALE	1	2	3	3	3
C5. VALEURS SOCIETALES	0	0	2	3	3
<b>TOTAUX</b>	<b>13.5</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>28</b>	<b>32</b>

Score : 0 = pas d'importance ; 3 = importance majeure ; PP = pas pertinent

Source : traduit de J. Buchan, J. Ball and F. O'May, Skill mix in the health workforce, guidelines for managers and health professionals, Discussion paper n°3, Evidence and Information for Department of Organization of Health Services Delivery, WHO, Geneva, 2000

Dans les cinq pays étudiés par Buchan (2000), on constate que les Etats-Unis et le Mexique se retrouvent aux extrêmes : les Etats-Unis avec leur faible score offrent une grande latitude pour le changement, tandis que le Mexique et le Costa Rica apparaissent bien plus rigides, souffrant d'une forte centralisation des décisions et de la gestion budgétaire.

Toutefois, il faut nuancer ce jugement. Qu'un pays se révèle plus rigide qu'un autre, au terme de l'analyse de la grille de Buchan, ne veut rien dire en soi. Les options prises en matière de *skill-mix* dépendront en fait de la valeur accordée par un pays, une société envers une plus ou moins grande flexibilité versus stabilité du marché du travail. Un exemple : la Finlande, pays doté d'un système relativement « rigide » en comparaison avec les pays anglo-saxons. Aux prises avec la récession économique, Royaume-Uni et Finlande, bien qu'ayant tous deux un système de santé administré publiquement et décentralisé, ont trouvé des solutions différentes.

La Finlande a choisi de privilégier la stabilité des emplois et la sécurité du travail du personnel soignant, en investissant dans la formation pour ajuster les compétences aux besoins. A l'inverse, le Royaume-Uni tendait à réorienter les emplois vers des professionnels moins qualifiés.

Menant une étude de cas sur le rôle des déterminants dans l'utilisation du personnel infirmier exerçant à un niveau avancé aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, Buchan & Calman (2005) en concluent que les pénuries de personnel et la volonté de substituer les catégories professionnelles ont été dans les deux cas des facteurs de stimulation. Les principaux facteurs qui facilitaient cette utilisation étaient l'attitude des infirmiers aux Etats-Unis, tandis qu'au Royaume-Uni, il s'agissait du soutien des pouvoirs publics. Enfin, les principaux obstacles étaient notamment l'opposition de certains représentants de la profession médicale aux Etats-Unis, tandis qu'on citait l'insuffisance de financement et les pénuries d'infirmières avec formation adéquate au Royaume-Uni. Mais l'élément le plus intéressant et « l'une des différences les plus frappantes était l'attitude de la profession médicale : relativement hostile à l'élargissement du rôle du personnel infirmier aux Etats-Unis, tandis que favorable au Royaume-Uni. Il se peut que cela soit dû en partie à la prédominance de la rémunération à l'acte des médecins au Etats-Unis (ce qui les met potentiellement en concurrence avec les infirmiers), et à la prédominance du paiement par capitation et du salariat au Royaume-Uni (ce qui encourage la délégation des actes par le médecin et la travail d'équipe) » (Buchan & Calman, 2005). Et ce d'autant que les ratios personnel infirmier/médecin annoncés dans cette étude mentionne 3 infirmier/médecin aux Etats-Unis, contre 4,4 au Royaume-Uni où la concurrence pourrait donc paraître plus forte.

## 2.2 QUELLE EFFICACITE DANS L'AMELIORATION DE L'ETAT DE SANTE ?

Il est important de pouvoir juger si cette réorganisation des modes de prise en charge du fait de délégation ou de transfert de compétences est efficace, i.e. dans quel degré de réalisation l'objectif visé, à savoir l'amélioration de l'état de santé, est atteint. L'efficacité, abordée à la section suivante, permettra de mettre en rapport ce qui est réalisé et les moyens investis pour y arriver.

En dépit de la complexité avérée de la mesure de l'efficacité dans le secteur des soins primaires, Jenkins-Clarke et Carr-Hill (1996) distinguent 4 niveaux/catégories de résultats qu'il serait possible ou intéressant de mesurer :

- la modification de l'état de santé de la population générale : cependant, il est très peu vraisemblable que l'on soit capable de mesurer une modification de l'état de santé global de la population suite à une modification du partage des tâches ;
- la modification de l'état de santé des patients ou de certaines catégories de patients : il existe une panoplie d'indicateurs possibles pour mesurer un changement de l'état de santé tels que meilleur contrôle des symptômes, taux de complications, etc. ;
- d'autres résultats « intermédiaires » : il existe une large gamme d'indices intermédiaires (taux de référé, nombre de visites consécutives pour cet épisode, etc.) pour lesquels il demeure très souvent difficile d'attribuer la cause du phénomène observé ;
- l'impact sur l'activité qui affecte directement le patient, et sur d'autres aspects de l'activité : si une modification de l'organisation de la prise en charge a un impact sur l'activité, il serait alors possible de s'en rendre compte au travers de l'état de santé perçu et du degré de satisfaction du patient. De même, l'impact de cette nouvelle organisation peut influencer sur des éléments moins directement visibles de l'activité : p.ex. la possibilité de formation continue, la qualité des données dans les dossiers patients.

L'analyse de l'efficacité du partage des compétences a été récemment étudiée par Midy (2003) dans un document de travail publié par l'ex-CREDES en février 2003. L'auteur y passe en revue, au moyen de l'examen de la littérature publiée entre 1970 et 2002, les éléments de preuve démontrant, d'une part, l'efficacité et, d'autre part, l'efficacité de la délégation de tâches dans le secteur des soins primaires. La très grande majorité des publications contenant une évaluation des expériences de délégation se focalise sur le secteur des soins primaires. Les réflexions proposées restent donc, a priori, uniquement valides pour le secteur primaire. Nous reprendrons ici les conclusions et limites des études de référence, sans les retranscrire dans leur détails. Pour connaître la méthodologie adoptée de chaque étude, le lecteur devra se référer aux articles eux-mêmes ou au travail de synthèse de Midy (op. cit.).

Bien que se déroulant dans des contextes et pour des motifs forts différents, Etats-Unis, Canada et Royaume-Uni ont, depuis plusieurs années déjà, expérimenté ce nouveau type de dynamique de travail qu'impose un transfert de compétences. Selon l'analyse de Midy reprenant les propos de Sibbald (2000), les infirmières ont pu étendre leurs compétences dans trois domaines d'activité du secteur primaire :

- la promotion de la santé : bilans de santé, éducation, dépistage, en accord avec des protocoles ;
- la consultation infirmière dédiée à un problème de santé spécifique, i.e. principalement les maladies chroniques ;
- et la consultation infirmière de première ligne qui consiste à l'orientation et/ou la prise en charge de patients non-diagnostiqués avec des problèmes non différenciés.

En matière de **promotion de la santé**, Midy cite plusieurs études (5 britanniques et 1 canadienne) utilisant des méthodes très diverses, permettant un large aperçu des champs d'action possible de l'infirmière.

Une étude (Robson et al., 1989) décrit le travail d'une infirmière engagée dans un cabinet de médecins pour la mise en place d'un système informatique de prévention des risques cardiovasculaires et du cancer du col de l'utérus. La faiblesse méthodologique ne permettant pas de démontrer l'intérêt sanitaire de cette prévention, il y apparaît toutefois clairement que l'infirmière prend en charge des problèmes médicaux et psychosociaux divers qui sont souvent le point de départ d'une action de promotion de la santé. L'étude démontre, en outre, qu'un système organisé est plus efficace dans le suivi des tests de prévention lorsque le médecin est secondé d'une infirmière.

Deux autres essais contrôlés randomisés (Wood et al, 1994 ; Oxcheck, 1995) évaluent l'impact de programmes de dépistage des risques cardiovasculaires en population générale, lesquels sont réalisés par des infirmières dans le cadre de cabinet de soins primaires. Sans pouvoir conclure à l'efficacité des bilans de santé et des actions, il y est démontré que cette délégation était faisable. « Ce qui est ici remis en cause et testé est davantage l'opportunité de mener ce type d'étude auprès d'une population générale, plutôt qu'auprès des populations à risque » (Midy, 2003).

L'étude Hopper et al. (1995) porte sur l'action des infirmières en matière de conseils diététiques, et montre les différences de prise en charge avec des médecins (36 médecins et 22 infirmières sont évalués). Il en ressort, d'une part, que celles-ci offrent systématiquement des conseils plus cohérents avec des recommandations écrites à ce sujet, et, d'autre part, que les médecins britanniques considèrent que cette tâche relève davantage du rôle infirmier dans le cas de patient obèse et diabétique (de type II).

Comme le relève très justement F. Midy (op. cit.), « ces différentes études montrent que les infirmières anglo-saxonnes ont développé des compétences dans le secteur de la promotion de la santé et qu'elles peuvent dans ce cadre effectuer efficacement des gestes auparavant réalisés par un médecin (bilans de santé, prélèvements, etc.). Il semble même que dans certains cas (le conseil diététique), elles fassent mieux. Mais ces études n'évaluent pas l'impact de ces actions sur l'état de santé de la population. » Ce transfert de compétences est donc faisable, mais il est impossible d'affirmer quel en est l'effet induit.

**La consultation infirmière dédiée** fait référence à la prise en charge de maladies chroniques par les cabinets de soins primaires anglo-saxons. Elle consiste non en une simple



délégation, mais en une véritable réorganisation de la prise en charge de ces pathologies : il s'agit d'avoir une attitude proactive en allant vers le patient plutôt que d'attendre qu'il ne vienne au cabinet. Des infirmières spécialement formées à cet effet ont été embauchées par les cabinets, notamment encouragés par des programmes de financement spécifique.

L'essentiel des études, portant sur l'asthme et les problèmes cardiovasculaires, par exemple dans le cas de l'hypertension, (celles sur le diabète sont uniquement descriptives), permettent de démontrer la faisabilité de cette démarche et la qualité des soins de suivi dans le cadre d'une prise en charge protocolée. Les résultats sont une amélioration de l'état du patient ainsi qu'une diminution du nombre de visites, de la charge de travail du médecin, et du nombre de consultations en urgence dû à la stabilisation de l'asthme, par exemple. Ainsi, une approche plus organisée du traitement et du suivi se révèle plus bénéfique. Néanmoins, ces recherches comportent la faiblesse méthodologique de ne pas comparer si les infirmières font mieux ou moins bien que des médecins généralistes placés dans les mêmes circonstances. Autres limites d'interprétation de ces connaissances théoriques : d'une part, elles s'appuient sur des échantillons à taille relativement limitée et ne permettent pas de détecter des impacts fins (Jenkins-Clarke et al. 1997, et 1998), d'autre part, elles ne distinguent pas ce qui relève de la création d'un nouveau service (diversification) de ce qui est de l'ordre de la délégation (réalisation par une infirmière).

Un grand nombre de publications font référence à la large expérience du Royaume-Uni en matière de **consultation de première ligne** par des infirmières et tentent de mesurer si celles-ci peuvent fournir des prestations équivalentes à celles des médecins. Par consultation de première ligne, on entend différentes activités : recevoir les patients non diagnostiqués avec des problèmes indifférenciés, faire un bilan initial y compris un examen clinique, et prendre en charge le patient soit de manière autonome, y compris avec proposition de traitement, soit en le référant au médecin généraliste ou au secteur secondaire (Horrocks et al., 2002). Ces prestations peuvent être dispensées dans le cadre de cabinets traditionnels, ou pour le cas particulier du National Health Service, au sein de Walk-in Centres (WiC) qui offrent un accès rapide et sans rendez-vous (voir détail en bas de page), ou encore par le biais de consultations téléphoniques auprès d'un service de garde ouvert 24h/24h, où des infirmières orientent le patient soit auprès du service sanitaire adéquat, soit en l'aidant à solutionner le problème seul. Ces études sont sans doute les plus intéressantes du fait de la méthodologie utilisée et des résultats obtenus.

Deux études d'observation (Marsh et al. 1995, Rees et al. 1996) démontrent qu'il est possible de confier une consultation de première ligne à une infirmière et que, dans la majorité des cas, celle-ci la traite de manière autonome. La limite de ces études demeure que les patients n'étaient pas contrôlés en termes de morbidité, de sorte que ce sont eux qui ont choisi de consulter ou non l'infirmière ou qu'un premier tri a été effectué par la réceptionniste. L'auteur du rapport de synthèse (Midy, 2003) commente à juste titre que, de toute manière, « on peut se demander si ce n'est pas ce qui se passerait en pratique de manière courante ».

Une autre étude, celle de Burlington (1974), qui présente l'intérêt d'intégrer des indicateurs d'état de santé, ne montre aucune différence entre les modes de prise en charge, médical et infirmier. Avant 2000, les études sont principalement centrées sur les processus mis en œuvre lors des consultations. On observe « que les infirmières réalisent l'intégralité de la prise en charge, depuis le recueil de l'information nécessaire au diagnostic jusqu'à la décision thérapeutique. Plusieurs publications montrent en particulier une tendance à moins prescrire que le médecin; cependant il faut se garder de généraliser ce phénomène au vu des éventails de cas différents. Une des explications avancées serait qu'elles prescriraient davantage de produits ne nécessitant pas d'ordonnance du fait de l'obligation de faire signer les prescriptions par le médecin. » Les taux de référé au médecin généraliste sont faibles (entre 7% et 13%), ce qui semble démontrer leur autonomie.

D'autres essais randomisés, lesquels permettent ainsi de contrôler la morbidité du patient, en concluent que le fait que les médecins et infirmières ne traitent pas les mêmes cas a finalement peu d'impact sur la manière de conduire la consultation et sur les résultats. Les infirmières ont une durée de consultation plus longue, tendent à réaliser ou à demander davantage d'examen (tests d'urine, prise de sang, etc.), mais il n'y a pas de différence significative dans le taux de prescription (60-65%). Entre 73 et 95% des consultations sont en outre réalisées de manière autonome par les infirmières. Quant aux résultats, l'hétérogénéité et les limites des indicateurs

utilisés en termes d'état de santé et de qualité de vie ne permettent pas d'établir de conclusion quant à une différence entre les deux catégories professionnelles.

L'analyse des résultats des études et expériences, tant américaines que britanniques, portent sur des centrales d'appels téléphoniques démontre de leur faisabilité opérationnelle, mais ne peuvent apporter de réponse définitive quant à leur intérêt sanitaire.

En outre, comme le relève Midy (op. cit.), plusieurs revues de littérature permettent de faire le point de l'efficacité. La première méta-analyse statistique sur l'impact de la délégation est publiée en 1995 et réalisée sur 38 études contrôlées sur le risque de morbidité (Brown et al., 1995). Elle montre que les infirmières à compétences étendues (*advanced nurses*) obtiennent :

- une meilleure observance aux recommandations thérapeutiques ;
- une meilleure satisfaction des patients ;
- un meilleur contrôle des indicateurs intermédiaires (tels que pression sanguine, taux de glycémie) ;
- elles demandent plus de tests de laboratoire ;
- elles consacrent plus de temps à la consultation avec le patient ;
- elles sont équivalentes avec les médecins en termes :
  - de qualité des soins,
  - de prescription,
  - de nombre de visites par patient,
  - de recours à un service d'urgences.

Les conclusions d'une analyse des publications, réalisée à partir de 248 articles, convergent dans le même sens : les patients sont satisfaits par les soins prodigués et aucune différence n'est remarquée entre la qualité technique des soins effectués et les résultats pour le patient. En outre, l'auteur souligne « que l'emploi d'infirmières contribue à améliorer la continuité des soins, ainsi que l'accès aux soins tant en zones rurales que pour les populations difficiles (Shamian, 1997) ».

Une étude de Dealy (2001), sur la base de neuf publications, examine l'efficacité d'infirmières praticiennes en soins d'urgence (*emergency nurse practitioner*). La conclusion en est que ces infirmières ne sont ni meilleures ni pires que des *House Officers*<sup>4</sup> dans la consultation et le traitement de patients avec des blessures mineures. Une des publications étudiée reportait même que le coût de traitement et des investigations cliniques supplémentaires était similaire dans les deux groupes, mais ne comparait pas le coût de l'engagement d'une infirmière en comparaison avec un jeune docteur.

Les principales études ayant été conduites dans le secteur des soins primaires, les connaissances théoriques en matière de délégation dans d'autres cadres sont quasi-inexistants pour le moment. Il existe toutefois quelques publications anglo-saxonnes concernant la délégation dans des spécialités telles que la radiologie, la pédiatrie, l'obstétrique, les soins intensifs, la neurologie, l'orthopédie, l'anesthésie, les sages-femmes (Richardson, 1998). On trouve aussi des publications sur l'implication croissante d'infirmières dans le secteur de la santé mentale. Ainsi, une certaine littérature fait part d'expériences où des infirmières (*practice nurses*) ont collaboré avec des médecins généralistes (*general practitioners*) avec succès dans des expériences de traitement de la dépression, des troubles d'anxiété et de l'évaluation clinique des patients recevant des injections d'anti-psychotiques. (Richards et al, 2000).

---

<sup>4</sup> *House officer* désigne un étudiant en médecine ayant achevé ses études médicales de 1<sup>er</sup> cycle de 5 ans (*undergraduate medical studies*) et qui est engagé pour une période de 2 à 3 ans dans une formation de spécialisation de base, incluant exercice de la médecine dans des stages et examens préparés par les Collèges Royaux (Bourgueil et al., 2002).

Si les travaux et études démontrent la faisabilité technique et organisationnelle du transfert de compétences, les faiblesses méthodologiques de certaines d'entre elles ne permettent pas d'en conclure systématiquement à une efficacité sur l'état de santé. Quant à l'efficacité éventuelle de ce type de démarche, elle mérite d'être clarifiée.

## 2.3 QUELLE EST LA MESURE DE L'EFFICACITÉ ?

Faisons l'hypothèse que répartir les tâches des activités de soins différemment entre catégories de professionnels engendre des résultats tout autant efficaces en termes d'effets sur l'état de santé du patient. Il devient alors nécessaire d'analyser l'impact économique des expériences de partage de compétences. Dans une logique de maîtrise des coûts et, selon la formule consacrée, les ressources étant rares, un arbitrage doit être fait entre différentes alternatives.

### 2.3.1 Mesure de la productivité et temps de consultation

Plusieurs études mesurent la notion de productivité en se basant sur le temps de consultation de chaque groupe professionnel. A titre d'exemple, les études citées dans le paragraphe précédent signalent un temps de consultation des médecins compris entre 6 à 8 minutes, celui des infirmières variant de 10 à 15 minutes. Or mesurer la productivité et l'utiliser comme unité de comparaison impliquent de faire l'hypothèse que ce qui est produit est identique, homogène dans les deux cas, ce qui, dans les faits, est rarement le cas.

La première *literature review* sur le thème de l'efficacité de la délégation (Cassels Record et al. 1980) soulignait la difficulté de ce type d'exercice. En effet, plusieurs facteurs peuvent influencer le niveau de productivité individuelle :

- des facteurs liés à la personne elle-même : les compétences du professionnel dépendent tant de sa formation (plus ou moins récente, approfondie et enrichie de formation continue), que de ses propres capacités personnelles (Heath, 1994), et que de ses expériences professionnelles, voire personnelles ;
- des facteurs liés au contexte organisationnel dans lequel ils exercent : selon qu'ils exercent en cabinet de ville ou dans une structure d'établissement sanitaire ;
- des facteurs liés au contexte local : dans les études où les patients choisissent le professionnel consulté (p.ex., l'infirmière vs. le médecin), il est fort possible que les caractéristiques socio-démographiques des patients expliquent un temps de consultation différent.

Il a, par exemple, souvent été argumenté que l'expérience des professionnels para-médicaux les amenait à privilégier des actes de promotion de santé, qu'ils donnaient plus d'informations et de conseils, et étaient plus rigoureux et constants dans le recueil des données de leur dossier.

On voit donc que même si le temps de consultation par un médecin et une infirmière est un item très important pour analyser l'impact économique de la délégation, l'accumulation de plusieurs biais possibles rend son interprétation délicate, et ce d'autant plus si, comme le souligne Midy (op. cit.), les tâches effectuées ne sont pas rigoureusement enregistrées en détail. Une autre mesure de l'efficacité pourrait se faire en évaluant l'impact économique engendré par ce changement d'organisation.

### 2.3.2 Mesure de l'impact économique

Se fondant sur une proposition de Cassels Record et al. (1980), il est possible de déterminer l'impact économique de la délégation sur l'activité d'un cabinet en se fondant sur la capacité du médecin à déléguer des consultations. Certaines de ces consultations nécessiteront toutefois un rôle de supervision du médecin et d'autres ne pourront être remplacées. Il faut alors garder en tête que ces tâches de supervision sont elles-mêmes consommatrices en temps (signature de la prescription, rapport d'un cas, décision sur un plan de soin, etc.).

Midy (op. cit.) synthétise les différentes **proportions de consultations autonomes effectuées** par les infirmières selon les études publiées en la matière. Les résultats varient en fonction de l'année de réalisation de l'étude (les modes de prise en charge de certaines pathologies ont fortement évolués au fil des ans), de la culture et de l'organisation du cabinet (le médecin accepte une délégation totale, est disponible pour superviser l'infirmière). Toutefois, dans l'ensemble, 70 à 80% des consultations réalisées par une infirmière le sont de manière autonome, selon les études citées.

Poursuivant l'exploration des consultations non gérées de manière autonome, « l'étude de Shum (2000) précise que 19% des cas sont référés directement au médecin, et 8% nécessitent une discussion de cas. Les chiffres d'une autre étude de la même année (Venning, 2000) révèlent que 4% des cas sont référés et 13% sont discutés. » L'auteur du rapport fait l'hypothèse que cette variabilité est la conséquence de facteurs individuels liés aux professionnels et ne peuvent donc être généralisables.

Là encore, il faut être attentif à ce qui est discuté : parle-t-on de consultations effectivement et réellement effectuées de façon autonome, et du potentiel de délégation possible ? La majorité des études concluent que le potentiel de délégation des tâches d'un médecin à un autre professionnel de santé non-médical est de l'ordre de 25 à 70% (Richardson, 1998). Il semble que si les infirmières prenaient en charge les demandes de consultation hors des heures de rendez-vous, celles du jour-même et les visites à domicile, les *GPs* pourraient diminuer leur charge de travail de 50% (Richards et al., 2000).

Il devient alors intéressant de questionner ce **que devient le temps économisé et l'activité des médecins**, une fois ceux-ci déchargés d'un certain nombre de consultations. La littérature apporte à ce sujet des réponses différenciées et relatives. Il est souvent présumé que ces médecins vont se consacrer à des tâches générant autant voire plus de valeurs qu'avant ; or ce n'est pas forcément le cas pour ceux qui se consacrent alors à des tâches administratives (Richardson, 1999). Hormis ceux qui prennent des fonctions académiques, développent une spécialité ou une activité générant un revenu additionnel (Walsh et al, 2002), les médecins rapportent parfois un surplus d'activité. Selon certains chercheurs, lorsque les infirmières prennent en charge les consultations de première ligne et des problèmes de santé mineurs, les médecins ont noté une augmentation du nombre de patients avec des atteintes complexes. D'autres affirment que « l'extension de la place des infirmières dans le système de soins primaires britannique n'a conduit à aucune réduction du nombre de consultations des médecins et a permis en fait de répondre à une demande latente. » (Midy, op.cit.). Il demeure toutefois difficile de savoir si cela relève d'une augmentation induite de la demande ou si les médecins ne vont pas développer des stratégies (enseignement, activités conseils à des entreprises, etc.) pour compenser leur perte de revenu.

### 2.3.3 Les coûts salariaux

Une fois identifiés le taux de substitution possible et la productivité, les travaux sur l'efficience se fondent sur les rapports de salaires entre les catégories professionnelles concernées et calculent à partir de quel seuil de substitution il devient alors rentable d'effectuer cette délégation des tâches.

Ainsi, Cassels Record et al. (op. cit.) estiment que le taux de substitution se situe entre 0,5 et 0,75 : il faut 4 professionnels non médicaux pour remplacer 2 à 3 médecins. Selon leurs

estimations, « il suffit que les coûts salariaux annuels du personnel infirmier soient inférieurs de 63% au moins à ceux des médecins pour que la délégation soit efficiente » (F. Midy, 2003).

On voit donc que l'estimation économique repose sur deux éléments fondamentaux mais éminemment contextuels, variables dans le temps et entre systèmes de santé : le taux de substitution, ainsi que le ratio, ou taux de salaire, entre deux catégories professionnelles. Scheffler et al. (1996) estiment que le coût d'un *GP*, en 1975, était approximativement 3,5 fois supérieur à celui d'une infirmière praticienne (*nurse practitioner*) ou d'un *physician's assistant* ; en 1992, ce différentiel n'était plus que 2 fois supérieur. Ce qui montre toute la relativité temporelle de ce type d'argumentation et la prudence avec laquelle des résultats d'études anciennes doivent être utilisés.

### 2.3.4 Autres déterminants du coût de la délégation

Au delà des trois principaux déterminants cités précédemment, il existe d'autres coûts, souvent occultés du fait de l'absence de données suffisantes et de qualité, ou de la difficulté méthodologique à les évaluer. Néanmoins, ils sont importants pour une vision globale de l'impact économique des expérimentations de délégation.

Les évaluations économiques des expérimentations de délégation de compétences contiennent de nombreuses failles. Les coûts de la formation initiale et continue supplémentaire nécessaires aux professionnels non-médicaux sont souvent occultés. Les infirmières doivent souvent acquérir un surplus de formation afin de pouvoir prendre en charge des situations bien précises. Sans compter que, qui dit formation supplémentaire, dit réévaluation à la hausse des rémunérations. Et dans ce cas aussi, les études occultent l'impact économique de cette surcharge salariale.

Autres coûts manquants dans ces études : nous n'avons pas trouvé d'analyses économiques qui intègrent des chiffres sur les ressources consommées, ni sur le coût des examens ordonnés pour se réassurer. On pourrait faire l'hypothèse que les économies dégagées par une délégation vers un professionnel non-médical sont compensées par le surcoût lié à une surprescription d'examen médicaux. Même si ce phénomène est évoqué dans certaines études, aucune donnée chiffrée n'est disponible. De même, il se pourrait que le patient aille demander une seconde opinion ou que, dans le cas où il consulte un professionnel de santé non-médical, davantage de consultations soit prescrit afin d'assurer un suivi rapproché du patient. Dans ces cas, on pourrait être amené à penser que « la quantité » de prestations remplacerait leur « qualité ».

A contrario, on pourrait faire la proposition qu'un patient suivi par un professionnel non-médical a une meilleure adhésion (*compliance*) à son traitement et aux conseils d'éducation et de promotion de santé. On pourrait également faire l'hypothèse que le patient ressent un meilleur bien-être dû au surplus de temps consacré à l'écoute et au dialogue. Ces deux phénomènes peuvent avoir un impact bénéfique sur le sentiment de satisfaction, sur l'entourage proche direct, ainsi qu'indirectement sur l'ensemble de la société. Or, là aussi, manquent des estimations sur ces externalités qui limitent la mesure de l'impact économique de la délégation.

L'analyse critique du choix méthodologique de ces estimations économiques est d'ailleurs très rare car celui-ci n'est souvent pas complètement décrit.

Au final, ce qui doit être comparé n'est pas le coût de l'embauche de tel ou tel professionnel en remplacement d'un autre, mais le coût par tâche, notion qui met en lien la durée nécessaire à la réalisation de cette tâche et l'ensemble des coûts engendrés pour ce faire. D'ailleurs, l'évaluation économique est une mesure dynamique, et non statique, qui nécessite d'être suivie (*monitored*) pour prendre sa pleine signification.

## 2.4 QUE DEVIENT LA QUALITE DES SOINS ?

Au vu de ce qui a été exposé, il est donc possible, dans certains cas et selon certaines conditions, d'assurer la réalisation d'une prestation effectuée usuellement par un médecin par un autre professionnel de santé non-médecin. Au-delà de son efficacité à guérir une maladie, un dysfonctionnement, le bien ou service sanitaire se caractérise par d'autres attributs, lesquels en déterminent sa qualité : par exemple, la qualité d'écoute du soignant, la justesse du diagnostic ou du traitement thérapeutique, le type de technologie médicale utilisée, la qualité des soins en eux-mêmes, etc. Par essence, la qualité de la prestation sera variable en fonction de la personne qui la délivre. Il est donc justifié de s'interroger sur le devenir du niveau de qualité d'une prise en charge, d'une prestation dans les expériences de partage de compétences.

Dans sa revue de littérature, Midy (2003) cite une étude menée au Canada (Thommasen et al. 1996). L'infirmière en obstétrique y avait été formée pour réaliser des touchers vaginaux et des prélèvements en cas de suspicion de maladie sexuellement transmissible. La signature du médecin était obligatoire pour toute délivrance d'ordonnance. L'évaluation de la qualité du prélèvement a été réalisée à l'aveugle quant à l'identité du praticien. Sur les 149 prélèvements réalisés, 55 l'avaient été par l'infirmière et 94 par un médecin. Tous les prélèvements réalisés par l'infirmière étaient de bonne qualité et avaient pu être interprétés. Un référé au médecin avait été nécessaire dans 42% des cas (prescription, ou avis) et la consultation durait 30 minutes. Au surplus, les auteurs ont observé la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé telles que des explications et conseils, incluant l'auto-examen mammaire.

Plusieurs publications tendent à montrer que la qualité des soins prodigués au patient est directement liée au nombre d'infirmières qualifiées. Dans son travail de revue de littérature, Mc Kenna (1995) défend la position qu'un nombre suffisant d'études montre qu'il existe un lien entre une « présence importante d'infirmières qualifiées, dans le cadre d'une unité d'hôpital, et :

- diminution de la durée de séjour du patient ;
- diminution de la mortalité ;
- diminution des coûts ;
- diminution des complications ;
- augmentation de la satisfaction du patient ;
- augmentation du taux de *recovery* du patient ;
- augmentation de la qualité de vie du patient ;
- augmentation de la connaissance du patient et de son adhésion (*compliance*) aux traitements. »

Renforçant cette idée, des études démontrent communément que de meilleurs résultats dans l'état de santé du patient peuvent être liés à l'accent particulier que portent les infirmières à la responsabilisation du patient dans le processus guérison, à l'éducation et à l'information au patient ainsi qu'au soutien psychologique apporté (Spilsbury, 2001). Une étude menée par Carr-Hill (1992) suggère que les infirmières ont une influence sur l'état de santé du patient via l'amélioration d'indicateurs physiologiques tels que l'hygiène du patient, la nutrition et le taux d'hydratation, le niveau de pression sanguine.

## 2.5 QUEL EST LE NIVEAU DE SATISFACTION DES PATIENTS ?

La recherche sur les résultats s'est souvent attachée à évaluer ce que les professionnels de santé considéraient comme des résultats (*patient outcome*) favorables plutôt que d'évaluer la satisfaction des patients. Pourtant, ce concept de satisfaction est à intégrer comme une mesure

en soi de l'effet créé par les soins, qui, par ailleurs, engendre lui-même des conséquences sur la *compliance* d'un patient. Depuis quelques années, cette lacune tend à se résorber et les chercheurs attribuent davantage d'importance à l'opinion des patients. Toutefois, les instruments et outils utilisés ne sont pas toujours valides et se heurtent à des limites méthodologiques. Par exemple, il est parfois difficile d'isoler l'effet de la contribution du travail des infirmières dans l'évaluation de la satisfaction globale du patient.

Dans ce domaine, les résultats de trois récentes études d'essais randomisés doivent être citées: la morbidité des patients y est contrôlée en assignant les rendez-vous de manière aléatoire (Shum et al. 2000; Kinnersley, 2000; Venning et al. 2000). Dans l'ensemble, il en résulte que les infirmières étaient efficaces, que les patients étaient davantage satisfaits lorsque traités par celles-ci plutôt que par des *GPs*, que le taux de prescription des médicaments était identique entre les deux groupes de professionnels, et que les infirmières donnaient plus d'information au patient que le *GP*. Certes, la durée de consultation des infirmières est plus longue et elles ont tendance à demander ou à réaliser davantage d'exams complémentaires. Toutefois, "les patients déclarent une meilleure satisfaction y compris lorsque la durée de consultation est contrôlée. (...) Par ailleurs, l'évaluation des coûts<sup>5</sup> conclut à l'absence de différence significative de coûts entre les deux groupes" (Midy, 2003). Enfin, Horrocks et al. (2002), réalisant une analyse systématique de la littérature des méta-analyses, à partir de 11 essais randomisés et de 23 études empiriques, en concluent que "les infirmières peuvent fournir des soins avec une meilleure satisfaction du patient et des résultats de santé similaires par rapport au médecin".

Comme l'ont fait remarqué Marsh et Dawes (1995), les résultats des audits de la satisfaction des patients dans les expériences de partage des tâches entre médecins et infirmières sont, cependant, à considérer avec précaution car, dans la grande majorité des situations, de telles évaluations ne pré-existaient pas lorsque les médecins seuls effectuaient les mêmes tâches. Difficile dans ce cas d'effectuer des comparaisons d'impact de la nouvelle organisation.

Enfin, un haut degré de satisfaction ne signifie d'ailleurs pas forcément une préférence pour une prise en charge par les infirmières. Les études révèlent que, dans la plupart des cas, les préférences étaient mixtes. L'hypothèse émise est que la préférence des patients pourrait varier en fonction de la nature du problème médical. "Les infirmières ont peut-être la préférence des patients lorsqu'ils pensent que leur problème est mineur ou de routine, mais les médecins sont préférés lorsque le cas est sérieux ou complexe" (Laurant, 2005).

## 2.6 QUELLE EST LA MOTIVATION DES PROFESSIONNELS ?

Parmi les éléments qu'il est intéressant de recueillir pour estimer l'impact d'un transfert de compétences, on peut compter l'attitude des professionnels concernés envers ces expérimentations. Malheureusement, il manque encore des travaux scientifiques qui s'attacheraient à évaluer la satisfaction des professionnels eux-mêmes dans cette nouvelle organisation du travail. Les exemples cités ci-dessous, qui ont déjà le mérite d'exister, ont la faiblesse de rester au seul niveau de la description.

Une des réactions les plus courantes de la part du corps médical est un sentiment de crainte envers ce type de réorganisation. A titre d'exemple, il y a eu « une grande résistance à l'encontre du développement du rôle des infirmières anesthésistes aux USA, souvent de la part des groupes de professionnels tels que l'Association des Anesthésistes » (Richardson, 1998). On retrouve dans la littérature des « craintes concernant une possible fragmentation de la prise en charge du patient qui pourrait conduire à des doublons dans les rôles professionnels, ou à des lacunes dans la chaîne des soins, les médecins insistants sur l'importance de la permanence et du suivi du lien patient-médecin dans la relation thérapeutique de médecine générale » (Richards et al., 2000). Or, comme cela a été précédemment établi, l'attitude des

---

<sup>5</sup> les coûts incluent les salaires, les prescriptions, les tests réalisés, les référés et les coûts de re-consultation dans les deux semaines consécutives.

professionnels eux-mêmes peut être déterminant pour le succès d'une délégation de tâches et l'introduction d'un projet de *skill-mix*.

Au début des années 80, la littérature révélait que les *GPs* étaient, certes, « disposés à déléguer certaines tâches, mais réticents à déléguer certaines de leurs tâches de manière régulière (Bowling 1981) pour divers motifs : peur de l'incompétence, crainte de perdre de son indépendance, création de travail supplémentaire et perte de la relation patient-médecin » (Richards et al., 2000). Une étude britannique (Robinson et al., 1993) montrait même que 30% des médecins considéraient les infirmières comme des partenaires professionnels indépendants et souhaitaient encore élargir leur rôle (p.ex., cytologie cervicale, immunisation, suivi à long terme des malades psychiques). Peu à peu, de telles attitudes positives semblent être davantage monnaie courante selon Jenkins-Clarke (1998) qui rapportent que les *GPs* sont devenus prêts à déléguer une grande part de leur tâches.

En 2003, devant faire face au constat d'une inadéquation flagrante entre les besoins de la population et le nombre d'ophtalmologistes libéraux, la discipline a été contrainte de d'envisager d'autres modes d'organisation du travail. L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes a confié la réalisation d'une enquête exhaustive auprès des ophtalmologistes libéraux de la région et d'un échantillon de leurs patients. L'enquête porte sur un échantillon conséquent de praticiens (245) – dont la représentativité a été vérifiée sur la base de certains paramètres – et de patients (826). Près de 1/3 des ophtalmologistes libéraux disposent dans leur cabinet d'un orthoptiste, lequel exerce souvent à temps partiel (médiane 0,5 ETP). Il est essentiellement chargé des rééducations et des champs visuels (60 à 70% des cas), plus rarement des réfractions ou d'autres tâches (25 à 33%). Les ophtalmologistes se divisent en trois groupes sensiblement égaux quant à leur perception d'un accès direct possible du public auprès d'un orthoptiste libéral :

- 29% trouvent cet accès direct intéressant ;
- 35% trouvent cela critiquable ;
- 33% jugent cela critiquable et intéressant.

L'intérêt est davantage perçu par les ophtalmologistes les plus jeunes, ceux qui exercent une activité chirurgicale et/ou dans un gros cabinet ou encore en milieu urbain. Les aspects positifs cités sont : allègement de la charge des médecins et la possibilité pour eux de se concentrer sur les aspects médicaux (55% pointent ces deux aspects, mais seuls 15% y voient un intérêt certain). En revanche, les médecins redoutent de semer le trouble chez les patients et d'être entravés dans leur rôle de prévention (+ de 75% le pensent, dont 50% environ sont très affirmatifs). Est évoqué également le risque de dévalorisation de la profession (50%, dont 25% sont très affirmatifs). Les médecins citent aussi le risque d'égarement du diagnostic, de la dilution de la prévention, d'inflation d'examens, de multiplication de prescriptions de rééducation par les généralistes.

Tout l'enjeu de cet accès direct réside dans cette différence entre une délégation interne et externe de compétences. Lorsqu'il s'agit d'une délégation, sous leur contrôle, d'examens jusque là réalisés par des ophtalmologistes, 10% jugent cela critiquable, voire inadmissible – et 40% se déclarent tout à fait favorables à cette solution ; lorsqu'il s'agit d'une délégation externe, 80% estiment ceci critiquable, dont 40% jugent cela inadmissible. On voit là aussi que les avis sont partagés entre les tenants d'une ligne opposée aux transferts de compétences, pour qui la solution passe non par des transferts mais une augmentation du nombre d'ophtalmologistes, et ceux qui jugent préférable d'autoriser les transferts (en parallèle ou non de jouer sur le nombre d'ophtalmologistes). L'étude dans son ensemble atteste d'un indéniable effet de génération, les plus de 50 ans se montrant, d'une manière générale, plus critiques sur les délégations de compétences que leurs cadets.

Il semble donc que comme dans tout processus de changement, l'élément temps d'introduction et l'effet générationnel ont joué et joueront encore un rôle très important. Au-delà de la simple répartition différente des tâches, se joue essentiellement une modification culturelle pour tous les partenaires : les professionnels de santé, les patients, les assureurs, mais aussi les pouvoirs publics.



## 2.7 LIMITES D'INTERPRETATION

L'exercice de cette revue de littérature comporte des limites qui doivent nous rendre prudents quant à la transposabilité des résultats ici exposés.

Comme souvent dans ce type d'exercice, il existe un fort biais de publication : le risque est grand de ne voir publiés que les articles scientifiques présentant des résultats positifs. Or, il est tout autant intéressant de lire des études dont les résultats ne sont pas interprétables car non valides pour divers motifs, ou qui obtiennent des résultats négatifs ou neutres : ne pas avoir de résultat est un résultat en soi. Une grande partie de la littérature est issue de pays anglophones lesquels possèdent des systèmes de santé, ainsi qu'un marché du travail ou des systèmes de régulation des professionnels qui leur sont propres mais aussi très différents entre eux : par exemple, le système de santé des U.S.A. avec une forte prédominance du secteur privé est à l'opposée d'un système sanitaire nationalisé des U.K. Enfin, nous avons constaté que beaucoup d'articles avaient le défaut d'être principalement descriptifs, contenaient peu d'analyses où la méthodologie étaient assez solides pour pouvoir souscrire sans limite aux conclusions énoncées.

Dans un cadre d'étude idéal, plusieurs éléments devraient être évalués pour pouvoir estimer le bénéfice éventuel d'un transfert de tâches :

- l'efficacité en termes d'amélioration de santé du patient (*patient outcome*), et donc la qualité de la prestation fournie ;
- l'efficacité de cette nouvelle organisation de travail, i.e. les résultats obtenus par rapport aux coûts engendrés et investissements nécessaires ;
- le niveau de satisfaction du patient ;
- ainsi que le niveau de satisfaction des professionnels.

Or, la littérature scientifique dans ce domaine ne prend jamais en compte l'intégralité de ces quatre dimensions, mais se concentre souvent seulement sur une, voire deux, d'entre elles. Difficile alors de mesurer pleinement et correctement l'ampleur des résultats engendrés, la vision n'étant que partielle. Au demeurant, l'explication de la méthodologie d'évaluation fait parfois défaut, de sorte que la pertinence de la méthode choisie ne peut être questionnée. Plusieurs éléments obligent à interpréter avec précaution les résultats des études scientifiques citées.

En premier lieu, il est souvent difficile de mesurer des indicateurs adéquats de l'amélioration de l'état de santé du patient (*patient outcome*) : ce sont donc souvent des états de santé perçus qui sont utilisés au lieu d'indicateurs cliniques objectifs. Sans doute, une combinaison de ces deux types de données permettrait une meilleure approche du résultat effectif. Par ailleurs, ces *patient outcomes* sont influencés par une série de facteurs, en dehors des soins-mêmes prodigués par les professionnels, par exemple l'équipement technologique à disposition. Il devient dès lors extrêmement difficile d'isoler et de contrôler les effets dus à un seul groupe professionnel. A ceci vient s'ajouter le fait qu'il est tout autant hasardeux de comparer les résultats d'un certain type de *skill-mix* avec un autre car cela nécessiterait de contrôler toutes les autres variables susceptibles d'influencer ces résultats (variables concernant l'environnement, le personnel, l'intervention, variables concernant le patient lui-même), ce qui est irréaliste.

De fait, les indicateurs de qualité sont souvent utilisés comme des *proxy* des *patient outcomes*, même si ces indicateurs portent sur les processus et ne sont pas une mesure de l'output. James Buch & Mario R. Dal Poz (2002) soulignent, par ailleurs, une des limites fondamentales de ce type d'études : très peu d'études ou de rapports examinent le rôle ou la compétence du professionnel. En pratique, la plupart des tentatives d'évaluation de la qualité ou des coûts se basent sur des titres de postes ou des diplômes, lesquels sont utilisés comme des *proxy* du niveau de compétence (*skill*) ou de la définition du rôle de ce professionnel. Sans compter que deux personnes d'une même catégorie professionnelle peuvent produire un

service de qualité différente, celle-ci étant fonction non seulement de sa formation et de ses qualifications, mais aussi de la compétence même de la personne, et de son expérience tant professionnelle que personnelle.

La très grande majorité des études en matière de *skill-mix* qui tentent de mesurer en termes économiques l'impact des projets de redéfinition du partage des compétences fondent leur évaluation des coûts directs sur des données de salaires. Cette méthode, quoique avantageuse et relativement facile à appliquer, présente le désavantage majeur de sous-estimer le coût réel. Le coût qui devrait être estimé est le coût d'opportunité, i.e. valeur de ce à quoi l'on renonce pour pouvoir effectuer cette nouvelle tâche : pour l'estimer, on utilise souvent le coût monétaire, bien que cela ne soit pas toujours la mesure la plus adéquate. (cf. section 2.3.4). D'autres coûts indirects devraient également être inclus tels que le coût de la formation (*retraining*) des professionnels et des conséquences de redéploiement des activités (*redeployment*). En outre, d'une part les données salariales utilisées sont souvent des moyennes, d'autre part, ce type d'indicateur rend les comparaisons de type « avant/après » ou par groupe de professionnels extrêmement sensibles aux différentiels de niveaux de salaires. Ces derniers peuvent varier énormément selon les pays, les systèmes sanitaires, les types d'employeurs à l'intérieur d'un même temps, et, bien évidemment, dans le temps. Ces éléments biaisent alors l'appréciation de l'ampleur des bénéfices/inconvénients d'une modification du partage des tâches. Ainsi, les éventuelles économies d'une expérience de substitution apparaîtront bien plus grandes dans le cas d'un système dans lequel le ratio du niveau de salaire médecin/infirmière serait de l'ordre de 5/1, que dans une situation où ce même ratio ne serait que de 2/1. Comme évoqué précédemment (cf. section 2.3.2), que devient alors le temps ainsi économisé par le médecin ? Et comment mesurer correctement le coût et bénéfice de l'activité d'un médecin qui s'adonnerait à des activités de prévention puisque celles-ci ne déploieront leurs effets qu'à long terme (Richardson, 1999).

L'évaluation des résultats d'un projet de modification de *skill-mix* a souvent été faite uniquement du point de vue des résultats cliniques obtenus et en fonction de ce qui était essentiel aux yeux des professionnels, occultant que la perception du patient et sa satisfaction étaient tout autant importants. Cette faiblesse tend à se résorber, mais les instruments et mesures de satisfaction (*satisfaction scales*) restent encore fragiles.

Il est à déplorer que la satisfaction des professionnels eux-mêmes impliqués dans la délégation soit souvent un élément oublié ou négligé dans l'évaluation tandis que celui-ci joue un rôle important dans la motivation et donc le niveau de productivité de la nouvelle organisation du travail. De la même manière, ces études occultent souvent l'effet de « cascade » de la réorganisation : si un médecin délègue des tâches vers des infirmières, que deviennent, alors, les tâches que ne peuvent plus assumer ces mêmes infirmières ? Vers quel type de professionnels sont-elles reportées ? Avec quel succès ? Et pour quel coût ?

Considérons le facteur temps. La plupart des évaluations sont menées sur une durée relativement courte (du simple fait souvent de l'absence de moyens financiers). Il devient alors difficile de connaître l'évolution de l'état de santé du patient à moyen et long terme, ce qui est en fait l'élément réellement intéressant du point de vue sociétal. La durée d'expérimentation n'est souvent pas assez longue pour réellement être sensible à certains risques. Il y a donc relativement peu de probabilité d'observer un cas grave. Peut-être découvririons-nous que l'intérêt de ce type de transfert de compétences s'accroît au fil du temps, ou au contraire s'atténue après les premiers mois. Autre élément : ces évaluations sont conduites dans la phase d'introduction de cette réorganisation des tâches. Le niveau d'efficacité ou de productivité serait-il similaire une fois l'effet de nouveauté disparu ? On pourrait par exemple imaginer que le différentiel de temps de consultations médecin-infirmière tende à se résorber au fil de l'expérience acquise par les infirmières. Or c'est bien dans une perspective de moyen à long terme que les pouvoirs publics se doivent de justifier des décisions.

De la même manière, comme le souligne Midy dans sa recherche (op. cit.), ces études « n'explorent qu'un segment, par définition, limité du processus de soins et ne se focalisent sur deux types de professionnels. Mais qu'en est-il de l'impact de cette nouvelle organisation du processus de soin, plus fragmenté, sur la qualité du service fourni et au final l'amélioration de l'état de santé du patient ».

Lorsque l'on se penche sur la population étudiée, on s'aperçoit que bon nombre d'échantillons de ces études sont relativement petits, ce qui limite alors d'autant la validité des résultats. A notre connaissance, aucune étude n'a pris en compte des différences de résultats qui pourraient exister entre des zones urbaines, versus zones péri-urbaines et rurales. Là encore, le lieu et le périmètre géographique dans lequel l'expérience est conduite ont une grande importance sur l'ampleur des résultats.

D'ailleurs, le mode d'exercice de la médecine comporte ses difficultés propres. Sans nul doute, est-il plus difficile de mettre en place ce type d'expérimentation et de recherche parmi les cabinets privés de villes que dans des structures de réseaux ou d'établissement sanitaires. Ou bien au contraire, les participants travaillant en cabinets seront forcément des volontaires, d'où un biais de prédisposition positive, au contraire de personnes qui se seraient vues imposer un projet pilote dans le cadre d'un hôpital. Autant d'éléments à prendre en compte avant d'en conclure à l'intérêt d'une généralisation de ces expériences à l'ensemble des professionnels en question. Il pourrait être plus intéressant de proposer celles-ci comme des alternatives auprès de professionnels motivés, plutôt que de l'imposer de manière universelle comme un nouveau système de travail.

En fin de compte, les méthodes d'évaluation sont parfois si variées qu'il devient délicat de comparer les résultats obtenus. D'ailleurs, il faut être attentif à ce qui est discuté : parle-t-on de consultations effectivement et réellement effectuées de façon autonome, et du potentiel de délégation possible ? Et là aussi, il est important de connaître quel acteur du système sanitaire ou quel groupe professionnel a commandité l'étude pour pouvoir identifier d'éventuels biais et enjeux.

Qu'en est-il de la validité externe de ces études ? Les comparaisons internationales constituent toujours des exercices périlleux et qui devraient englober bon nombre de facteurs d'influence. Il devient difficile de comparer des résultats obtenus dans des secteurs sanitaires, forcément uniques pour chaque pays, et dans lesquels l'importance des secteurs privé versus public diffèrent, où le marché du travail, le système de formation et de rémunération des professionnels divergent, avec des systèmes de financement différents, de participation aux coûts plus ou moins importante, de législation et de régulation des professionnels, etc.

Sans compter que les principales études ayant été conduites dans le secteur des soins primaires, les connaissances théoriques en matière de délégation dans d'autres cadres sont quasi-inexistants pour le moment. Cette lacune rend d'autant plus délicate la transposition des conclusions des recherches en question à d'autres secteurs. Enfin, les résultats obtenus sont valables dans le contexte dans lequel ils ont été obtenus : les conclusions d'études des années 80 pourraient être totalement inversées du simple fait de l'évolution des données économiques sur lesquelles elles se basent.

En résumé, il est important de souligner que la validité externe de ces recherches est limitée : les résultats publiés sur les expériences de *skill-mix* demeurent valables uniquement pour le lieu et le moment dans lesquels elles ont été réalisées. D'ailleurs, bien souvent, la volonté d'expérimenter un changement dans le mode de prise en charge du patient était bien plus fort que la recherche d'une objectivité ou d'une rigueur méthodologique. Cet exercice de comparaison des expérimentations internationales a le mérite d'offrir un espace de réflexion, certes sans offrir de solution évidente et disponible à être transposée. La seconde partie de ce travail expose des exemples d'expérimentations menées sur le terrain en la matière, et permet de se rendre compte des répercussions concrètes qu'elles impliquent.

### 3. EXEMPLES D'EXPERIMENTATIONS

Après avoir établi l'état des lieux des connaissances théoriques, nous voulons ici présenter ce qui se passe sur le terrain au travers d'exemples d'expérimentations conduites à échelle réelle et qui ont fait l'objet d'une évaluation. La difficulté d'accéder à des expériences récentes convenablement documentées et incluant une procédure d'évaluation nous a dirigé vers la démarche actuellement développée en France au travers de la mission du Prof. Y. Berland dans le cadre des travaux de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). En outre, il nous semblait d'autant plus intéressant d'en parler que la majorité des publications scientifiques provient du monde anglo-saxon. Cette source francophone permet d'offrir un bon contrepoint et de suivre l'intégralité d'une démarche soutenue et portée par les pouvoirs publics. Au surplus, elle s'inscrit dans un système où la définition des contours des métiers est passablement rigide.

Faisant suite à un rapport sur la démographie des professions de santé en 2002 du Prof. Berland, le Ministre français de la santé, de la famille et des personnes handicapées, mandate celui-ci, dans le cadre de l'ONDPS, pour mener une analyse systématique des coopérations qui pourraient être organisées en France entre médecins eux-mêmes, ainsi qu'entre professions médicales et paramédicales (Berland, 2003). Suite à cette étude, cinq projets pilotes d'expérimentations<sup>6</sup> ont été conçus et implantés. Un rapport d'évaluation en présente le déroulement et les premiers résultats (Berland, Bourgueil, 2006).

La première expérimentation citée porte sur un transfert de compétence, entre la profession médicale spécialisée d'ophtalmologiste et celle paramédicale d'orthoptiste, mis en place en Sarthe. Une grande place lui est ici accordée car elle a l'intérêt d'être bien documentée, évaluée de manière assez complète en comparaison à d'autres, et que la délégation s'effectue, d'une part depuis un médecin spécialiste (contrairement au médecin généraliste couramment étudié), et, d'autre part, en faveur d'une profession paramédicale (au lieu de la profession infirmière). La seconde se penche sur un transfert de compétence plus courant, à savoir celui d'un médecin généraliste vers une infirmière, et explicite d'autres cas de coopérations en soins primaires, notamment au travers du cas de la prescription d'ordonnance par des infirmières.

#### 3.1 L'EXPERIENCE DES CABINETS D'OPHTALMOLOGIE DE LA SARTHE

La santé visuelle, et en particulier l'examen de la vision, constitue un véritable enjeu de société tant du point de vue médical que social, économique et politique. Le handicap visuel est, en effet, le handicap le plus répandu puisqu'il concerne, en France pour le moins, environ trois quarts de la population. Par ailleurs, les perspectives d'évolution des technologies de l'information et de la communication ne font que renforcer l'importance d'une vision de qualité afin d'assurer une intégration optimale à l'école, dans la vie professionnelle ainsi que dans la société.

Ce projet d'expérimentation a pour ambition de concevoir, mettre en œuvre et d'évaluer une nouvelle organisation dans le cadre de l'examen de la vision réalisé pour des problèmes de réfraction et d'acuité, et ce, afin de diminuer le temps consacré par les médecins. A moyen terme, l'objectif final est que, grâce au temps médical ainsi dégagé, il devient alors possible d'améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques. En effet, de nombreux besoins sont aujourd'hui

---

<sup>6</sup> Certaines de ces expérimentations peuvent parfois être à la frontière de la diversification.

mal pris en compte en raison de la saturation des cabinets et des services d'ophtalmologie français. A titre d'exemple, cela permettrait d'ores et déjà d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques, notamment avec un meilleur suivi de ceux vivant en milieu rural. Dans un second temps, cela permettrait d'améliorer les urgences ophtalmologiques et la permanence des soins, de la prise en charge de l'amblyopie et de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (dmla), de la cataracte, du glaucome, de porter une plus grande attention portée aux troubles visuels de l'enfant, etc.

### 3.1.1 Définition des professions en soins ophtalmologiques en France

En France, trois professions ont compétence réglementaire pour délivrer des soins pour les pathologies de l'œil : les médecins spécialistes en ophtalmologie, les orthoptistes et les opticiens-lunetiers.

**Les médecins spécialistes en ophtalmologie** sont formés à l'issue d'une spécialisation de 5 ans. L'ophtalmologie est une spécialité médico-chirurgicale qui prend en charge l'ensemble des pathologies de l'œil. Les spécialistes exercent majoritairement en secteur libéral (86%) et se partagent de façon à peu près égale entre le secteur 1 et le secteur 2<sup>7</sup>. 12% exercent comme médecins salariés dans le secteur hospitalier public, le reste comme salariés de centres de soins. Ces spécialistes sont inégalement répartis sur le territoire français : tandis que la densité moyenne est de 9/100'000 habitants, la densité maximale est atteinte à Paris avec 25,5 contre une densité minimale de 2,7 en Lozère. Globalement, la densité est supérieure à la moyenne nationale sur la bordure sud de la France, le long du Rhône, l'Aquitaine, l'axe Rennes-Nantes, la Touraine et l'Est urbain et industriel. Cette répartition montre que les spécialistes se concentrent essentiellement dans des zones à forte densité urbaine. L'âge moyen des spécialistes est de 47 ans et 43% sont des femmes, ce qui en fait la spécialité chirurgicale la plus féminisée. Sans doute, cette féminisation s'explique par l'absence de caractéristiques de pénibilité physique induisant une séparation du travail entre chirurgie avec une dominance masculine et médecine avec une dominante féminine. L'activité dominante est une activité de consultation et secondairement de réalisation d'actes de diagnostic. Enfin, 76% de l'activité chirurgicale en ophtalmologie est réalisée dans le secteur privé.

**Les orthoptistes** sont des auxiliaires des médecins spécialistes qui reçoivent une formation de trois ans. En général, en France, l'orthoptiste effectue seul des actes de bilan visuel simple et de rééducation. Il peut également effectuer des actes de bilan visuel plus approfondi, mais les résultats des examens doivent être interprétés par un spécialiste. Il peut également participer à des activités de dépistage organisés sous la responsabilité d'un médecin. En revanche, il ne peut pas prescrire de traitements médicamenteux. Son activité se fait toujours sous contrôle d'une prescription médicale. A l'occasion d'un recensement effectué par la DREES en 2002, on dénombrait 2'309 orthoptistes, dont 90% sont des femmes, ayant un âge moyen de 39 ans. 77,2% des orthoptistes français ont une activité libérale, 8,3% sont salariés d'une structure hospitalière, et 14,5% sont salariés d'autres structures telles que des cabinets privés individuels ou de groupe, ou des centres de santé. Leur répartition sur le territoire est très inégale et assez bien corrélée avec celle des médecins spécialistes. La densité régionale est globalement faible avec une moyenne de 4/100'000 habitants.

**Les opticiens-lunetiers** adaptent, contrôlent et vendent l'équipement optique de quelque nature qu'il soit, destiné à compenser les anomalies de la réfraction. En France, il n'existe pas de décret de compétence pour cette profession, mais une définition des conditions d'exercice. Un opticien-lunetier peut vendre des lunettes et des lentilles de contact sans prescription

---

<sup>7</sup> Le conventionnement des médecins libéraux est organisé en deux secteurs. En secteur 1, le médecin pratique les honoraires fixés dans la convention, base du remboursement par l'Assurance Maladie. Il n'est pas autorisé à les dépasser sauf exceptionnellement pour exigence particulière de son patient. En France, 85 % des généralistes et 65% des spécialistes sont en secteur 1. En échange, l'Assurance Maladie paye une part importante de ses cotisations sociales, environ 10 000 euros par an par médecin. En secteur 2, le médecin pratique des "honoraires libres". Il est autorisé à dépasser le tarif officiel avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie, qui ne rembourse que sur la base du tarif officiel.

médicale, sauf pour les moins de 16 ans. Cependant dans ce cas de figure, les verres correcteurs ne seront pas remboursés par l'assurance-maladie. Un Brevet de Technicien Supérieur Opticien-Lunetier est nécessaire (2 ans après le baccalauréat) pour exercer cette profession ainsi que pour ouvrir et gérer un magasin de détail. Il n'existe aucun quota ni à la formation ni à l'installation pour la formation initiale. C'est une profession plutôt jeune puisque 50% des opticiens ont moins de 35 ans, et 44% d'entre eux sont des femmes. En 2002, la DREES a recensé 11'910 opticiens-lunetiers actifs : 65,55% étaient salariés (cabinet individuel ou de groupe, commerce de biens médicaux) 35,4% avaient une activité libérale, et 0,04% étaient salariés d'une structure hospitalière. La densité moyenne est de 20/100'000 habitants et, contrairement aux médecins et aux orthoptistes, est assez homogènement répartie sur le sol français.

**Les optométristes** ne sont actuellement pas reconnue en France dans le code de Santé publique et relève de l'exercice illégal de la médecine. On pourrait les définir comme des opticiens ayant reçu une formation plus poussée. Depuis 1991, une formation universitaire d'optométrie, sous la forme d'une maîtrise, existe. Elle s'adresse principalement aux opticiens-lunetiers et leur offre un complément de formation sur des actes de diagnostic pour lesquels cette profession n'a pas de compétence. A noter que ces professionnels de santé sont très développés au Royaume-Uni, aux USA et dans les pays de culture anglo-saxonne où ils sont considérés comme des « Officiers de santé en ophtalmologie », sans formation médicale.

### 3.1.2 L'organisation des soins ophtalmologiques entre les différentes professions

Dans le système sanitaire français, le patient souhaitant recevoir des soins ophtalmologiques peut solliciter l'un des trois professionnels :

- il peut s'adresser à un médecin généraliste qui, soit répondra à sa demande (p.ex. pour une conjonctivite), soit renverra le patient vers un spécialiste ;
- il peut consulter un médecin spécialiste en ophtalmologie ; celui-ci peut exercer au sein d'un cabinet privé (individuel ou en groupe), dans un centre de santé ou dans un établissement hospitalier ;
- il peut se rendre directement chez un opticien, ce qui est plus exceptionnel, s'il pense qu'il s'agit d'un problème de correction de la vision. Dans ce cas-là, le patient ne pourra se faire rembourser le coût de la correction puisque n'ayant pas été adressé par un médecin. Si l'opticien identifie ou soupçonne un problème médical, il adressera alors le patient vers un médecin spécialiste.

Quant à lui, le médecin spécialiste en ophtalmologie qui reçoit un patient dispose de plusieurs possibilités d'action selon le type de problème identifié :

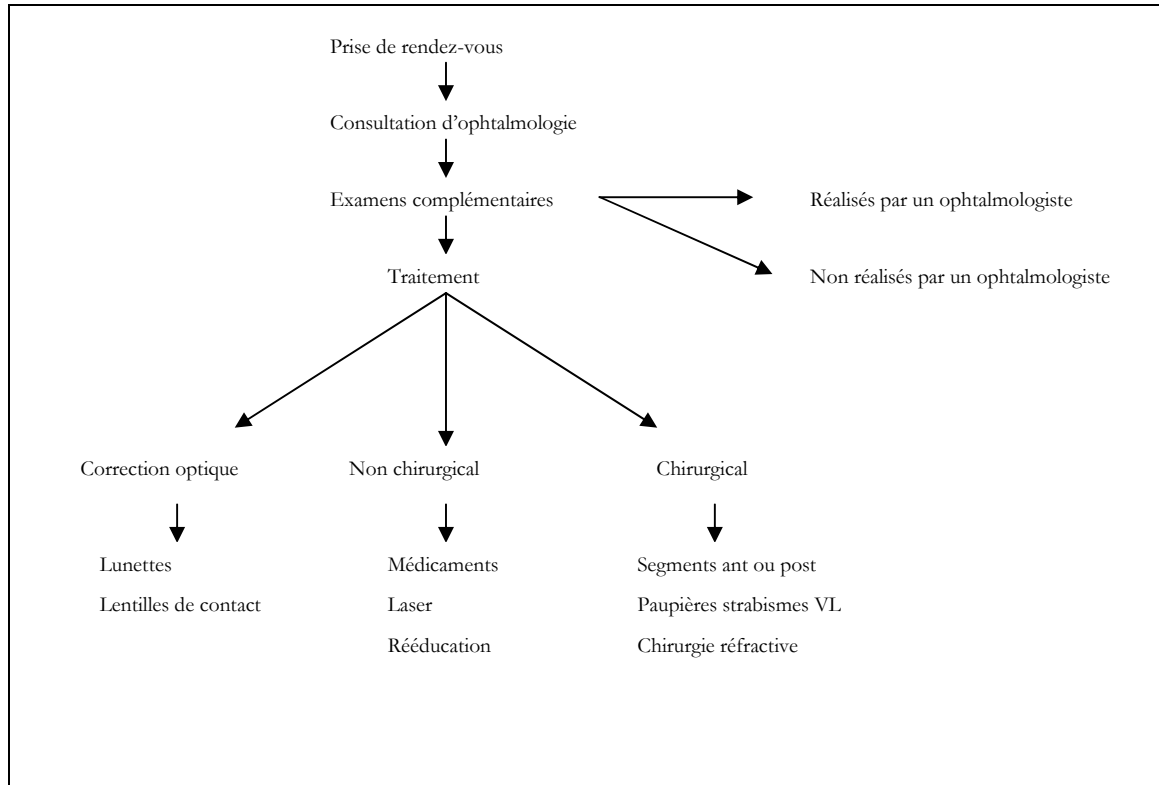
- s'il s'agit d'un problème de réfraction, il peut adresser le patient à un opticien avec une ordonnance, lequel se charge de la confection de lunettes ou lentilles de contact ;
- si le patient nécessite un acte technique ou une intervention chirurgicale, celui-ci peut être effectué par l'ophtalmologiste lui-même ; le plus souvent, le patient est adressé à un autre ophtalmologiste « sous-spécialiste » exerçant en mode libéral ou dans une structure hospitalière ;
- selon le type d'actes techniques complémentaires nécessaires, le patient peut être parfois adressé à un orthoptiste (p.ex. pour de la rééducation oculomotrice) ;
- dans certains cas rares, le médecin adresse le patient à un autre spécialiste (p.ex. un endocrinologue pour un problème de diabète) ;
- enfin, tous les problèmes ne nécessitant ni prescription de correction optique, ni acte technique, sont entièrement pris en charge par l'ophtalmologiste consulté en premier recours.

Comme le souligne le rapport d'étude du CNAMTS (Pouvourville et al., 2003), l'une des

« particularités de l'ophtalmologie est que la quasi totalité des examens complémentaires nécessaires au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique est réalisée par les médecins ophtalmologistes eux-mêmes »

La figure 2 (Fillon, 2005) synthétise le parcours d'une prise en charge ophtalmologique.

FIGURE 2. PARCOURS D'UNE PRISE EN CHARGE OPHTALMOLOGIQUE



Les examens des défauts de réfraction et de l'acuité visuelle peuvent déboucher sur des corrections de trois types : des lunettes, des lentilles et des actes de chirurgie réfractive. Ce processus d'examen et de corrections de la vision peut révéler des pathologies ophtalmologiques. La santé visuelle s'établit alors à la fois par ce processus d'examen et de corrections et par le dépistage ou non de pathologies lors de ce processus. Ainsi, la qualité de l'examen de la vision se mesure tout autant par sa capacité à sélectionner les meilleures solutions de correction de la réfraction, que par sa puissance à dépister des pathologies ophtalmologiques, la qualité de la vision se définissant dans un contexte de santé donnée du patient.

### 3.1.3 Description de l'expérimentation

#### 3.1.3.1 Contexte

Cette expérimentation s'inscrit dans un contexte d'insuffisance avérée de praticiens sur la ville du Mans : au moment de son lancement, on dénombre alors 18 médecins ophtalmologistes installés en cabinet privés, et 5 au Centre hospitalier régional, soit un total de 23 pour un bassin de population de 200'000 habitants. Le département de la Sarthe dans sa totalité comptait 25 ophtalmologistes libéraux et 6 hospitaliers<sup>8</sup> pour environ 513'000 habitants, soit une densité de 6

<sup>8</sup> les 25 médecins et 6 incluant respectivement les 18 et 5 médecins mentionnés pour la ville du Mans

ophtalmologistes pour 100'000 habitants, ce qui est moins que la densité moyenne française de 9/100'000. En ce qui concerne les autres professions de l'optique, on dénombre 10 orthoptistes libérales, 1 hospitalière et 2 salariées de cabinet d'ophtalmologie. A retenir que la profession d'orthoptiste, fortement féminisée, s'exerce majoritairement à temps partiel. En outre, il y a 65 points de vente d'opticiens.

A ce constat, se rajoute une grande difficulté reconnue de tous à recruter de jeunes praticiens, phénomène qui laisse présager des difficultés futures accrues du fait de l'absence ou de pénurie de la relève. Dans la pratique, ces difficultés se traduisent par des délais de rendez-vous qui varient de 4 à 10 mois, hors urgence identifiée comme telle, l'hôpital ouvrant ses rendez-vous pour des périodes de 3 mois. Au total, il est recensé que pas moins de 15'000 dossiers de patients sont en attente.

Le constat est d'ailleurs partagé, avec plus ou moins d'acuité selon les régions, par l'ensemble des professionnels ophtalmologistes. Le rapport annuel 2005 de l'ONDPS, conduit par le Prof. Berland, rapporte des témoignages allant dans ce sens. « Les professionnels ont exprimé leur inquiétude sur les modalités actuelles de prise en charge des pathologies urgentes ou semi-urgentes. Selon plusieurs praticiens, la situation s'est dégradée récemment et l'on revoit dans des cabinets médicaux des pathologies que les médecins ne voyaient plus, comme des glaucomes en stade terminal. Selon eux, cela reflète un défaut dans la prise en charge et surtout dans la détection d'un certain nombre de pathologies. Pour les professionnels auditionnés, cette situation s'expliquerait notamment par des délais de rendez-vous trop importants (4 à 6 mois en région Rhône-Alpes, 12 mois dans le Nord). Du fait de cet embouteillage de malades, le tri par un secrétariat des urgences est difficile et certains malades semi-urgents peuvent ne pas être vus dans des délais raisonnables. (...) Ainsi pour les professionnels auditionnés, il existe un déficit en ophtalmologues, qui s'explique à la fois par la spécialisation de certains de leurs confrères en chirurgie réfractive pure et par le fait que les ophtalmologues actuellement en exercice travaillent un nombre d'heures inférieur à celui des générations précédentes. (...) L'inadéquation entre l'offre et la demande résulte également, selon eux, d'une augmentation du recours de la population aux ophtalmologues. Les pathologies dégénératives liées au vieillissement progressent et les besoins visuels de la population sont également croissants (télévision, ordinateur, conduite automobile ...). » (rapport Berland, 2005).

Dans ce contexte, les médecins ophtalmologistes acquièrent la conviction qu'une solution dans le cadre médical est possible et acceptent de lancer une expérimentation respectant trois axiomes :

- la délégation de tâches doit s'effectuer sous contrôle médical, à savoir qu'il y a transfert de tâches effectivement vers un autre professionnel ; cependant le pouvoir de décision demeure dans les mains du médecin ;
- la nouvelle organisation doit permettre d'effectuer la consultation ophtalmologique selon le principe d'unité de lieu et de temps ;
- enfin, le praticien doit voir tous les patients.

### 3.1.3.2 Objectifs et principes

L'objectif poursuivi de cette expérimentation se décline en trois points :

- permettre de dégager du temps pour les médecins ;
- diminuer les délais pour l'obtention d'un rendez-vous avec le médecin ophtalmologiste grâce à l'augmentation de la productivité ;
- et améliorer la qualité de la prise en charge des patients du fait de la standardisation et de la systématisation des examens réalisés par l'orthoptiste.

S'est ensuite posée la question du choix du professionnel de santé le plus pertinent vers qui déléguer certaines tâches ou compétences. Spontanément, les médecins ont rapidement été convaincus que les orthoptistes étaient les plus à même de pouvoir assumer ces tâches et ce



pour divers motifs. Tout d'abord, les orthoptistes ont compétence, selon le décret, pour effectuer les examens de la réfraction. Par ailleurs, médecins ophtalmologistes et orthoptistes travaillaient déjà en complémentarité sur l'oculomotricité et ces derniers bénéficiaient d'une formation en CHU. Enfin, une enquête du Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF) révélait que 72% des ophtalmologistes se déclaraient favorables à la délégation aux orthoptistes. En revanche, ils étaient très opposés à un transfert de compétences en direction des opticiens notamment car « cela les rendraient à la fois prescripteurs et vendeurs, ce qui est porteur de confusions importantes » (rapport Berland, 2005).

### 3.1.3.3 Réalisation de l'expérience dans la ville de Mans

Tandis que l'ensemble des examens des défauts de la réfraction et de l'acuité visuelle en France sont aujourd'hui majoritairement réalisés par un médecin ophtalmologiste seul, suite à un contact établi par le patient avec la secrétaire du cabinet, l'expérimentation de la Sarthe teste la délégation de la réalisation de ces examens au sein même du cabinet médical et au cours d'une consultation, par des professionnels orthoptistes.

L'expérience démarre en janvier 2003 dans la ville de Mans au sein d'un cabinet privé regroupant 4 médecins spécialistes en ophtalmologie : deux praticiens exercent dans le secteur 1, deux autres dans le secteur 2. Sur le plan administratif, le cabinet compte 5 secrétaires. L'une des secrétaires se dédie entièrement à l'accueil des patients, les quatre autres sont rattachées spécifiquement aux services d'un des quatre médecins. Quant à l'infrastructure immobilière nécessaire, il est important de signaler que le cabinet choisi pour le projet est propriétaire de ses propres murs, et que l'espace nécessaire à l'accueil de personnel supplémentaire ainsi qu'à la nouvelle organisation de travail est disponible dans le cadre de la superficie possédée, sans imposer un agrandissement ou une transformation des locaux. C'est le patient qui se déplace d'un poste de travail à l'autre, qui « navigue » à l'intérieur des locaux du cabinet. A noter également qu'aucune rémunération n'a été versée sous quelque forme que ce soit (aide financière ou achat de matériel) aux médecins promoteurs de l'expérimentation.

Le cabinet s'adjoindra les services de 1 orthoptiste pour les champs visuels, puis de 2 orthoptistes (1 pour la réfraction, 1 pour le champ visuel), puis de 3 orthoptistes (2 pour la réfraction, 1 pour le champ visuel). Un des médecins associé (exerçant dans le secteur 1) fait lui-même les examens de réfraction pour ses patients ; On comptera donc 3 orthoptistes pour 3 ophtalmologistes.

Dans la pratique, la procédure expérimentée et évaluée se décompose en trois activités complémentaires, effectuées par la secrétaire, l'orthoptiste et le médecin ophtalmologiste dans le cadre d'une consultation respectant l'unité de temps et de lieu. Le parcours du patient lors d'une même consultation au cabinet est alors le suivant:

- le premier contact est établi avec la secrétaire médicale qui fixe un rendez-vous au patient ; accueil et information du patient par la secrétaire dédiée sur le déroulement de la consultation ; prise de renseignements administratifs ; le patient est invité à lire une fiche d'information sur le nouveau mode d'organisation de la prise en charge dans le cadre de cette expérimentation ;
- temps de consultation de l'orthoptiste (en jaune dans la figure 3 ci-dessous) : lors de la venue du patient au cabinet, l'orthoptiste, formé à la réfraction, enregistre le motif de consultation, réalise l'examen de la réfraction, puis mesure la tension oculaire sans contact<sup>9</sup>, et évalue la motilité oculaire (ces activités sont de son domaine de compétence excepté la prise de tension oculaire qui nécessite une dérogation, cf. décret de compétence des orthoptistes du 2 juillet 2001) ;
- temps de consultation du médecin ophtalmologiste (en gris, dans la figure 3 ci-dessous) :

---

<sup>9</sup> En France, réglementairement, les professions auxiliaires pour les soins de l'œil n'ont pas le droit de pratiquer des actes qui les conduiraient à un contact direct avec le globe oculaire, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays.

l'ophtalmologiste prend la suite de la consultation en réalisant l'interrogatoire, en validant les examens de l'orthoptiste et en réalisant les examens par lampe à fente et du fond d'œil. Le médecin conclue la consultation par une discussion, l'interprétation, la synthèse, une éventuelle prescription et l'orientation du patient.

Les tâches réalisées par l'orthoptiste représentent environ 1/3 du temps de l'examen de la vision, celles du médecin environ 2/3 du temps. A ces trois champs d'activité, se rajoutent :

- éventuellement, un temps supplémentaire pour des examens complémentaires effectués par l'orthoptiste : rétinographie non mydriatique, champ visuel, OCT, ... ;
- éventuellement, le temps nécessaire pour la dilatation des yeux, après accord du médecin ;
- et enfin le temps au secrétariat pour d'éventuels prise d'autres rendez-vous ou démarches : encaissement des actes, pré-admission clinique, dossier préopératoire, etc.

Le partage des données et des échanges de messages sont réalisés tout au long du circuit du patient par un système de dossier médical et un réseau de communication électroniques. A la fin de chaque demi-journée, l'orthoptiste et l'ophtalmologiste se concertent sur les examens réalisés.

FIGURE 3. EXAMEN DE LA VISION RESPECTANT L'UNITE DE TEMPS ET DE LIEU DE LA CONSULTATION OPHTALMOLOGIQUE : PROJET DE NOUVELLE ORGANISATION DU TRAVAIL

Secrétaire contact téléphonique prise de rendez-vous accueil au cabinet continuité de l'information encaissement, administration prise de rendez-vous pour adaptation au port de lentille	Motif de la consultation	Orthoptiste
	Examen de la réfraction	
	Mesures de la tension oculaire sans contact	
	Evaluation de la motilité oculaire	
	Interrogatoire et validation des examens de l'orthoptiste	Ophtalmologiste
	Lampe à fente et fond d'œil	
	Diagnostic : discussion, interprétation, synthèse	
	Traitement orientation	Ophtalmologiste
	Choix de la lentille	Orthoptiste
	Contrôle de l'adaptation	Ophtalmologiste

Source : Rapport « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », Prof. Y. Berland, Dr. Y Bourgueil, ONDPS, juin 2006

### 3.1.3.4 Résultats

Menée durant douze mois au cours de l'année 2003, cette expérimentation a abouti aux résultats suivants. D'une part, cette nouvelle organisation de la prise en charge de l'examen de la vision a permis de dégager du temps des médecins. En moyenne, une consultation classique chez un médecin ophtalmologiste dure 14 minutes, ce qui signifie que le médecin voit 4 patients par heure. A cela, s'ajoute le temps consacré aux renouvellements d'ordonnances, les contacts téléphoniques avec les patients, confrères, les courriers, la gestion du travail avec la secrétaire. Avec le binôme orthoptiste/ophtalmologiste, le flux de patient varie de « moins de 5 patients à plus de 6,5 patients par heure selon les ophtalmologistes » (Berland, Bourgueil, 2006).

Par voie de conséquence, d'autres bénéfices sont apparus. Les médecins témoignent, en premier lieu, avoir davantage de temps disponible pour l'information du patient : explications, discussions bénéfiques/risques d'options thérapeutiques, consentement éclairé, ... En outre, la présence de l'orthoptiste au sein même du cabinet, et son intégration dans le temps de consultation médical du patient, permet de réaliser immédiatement certains examens complémentaires sans bousculer le planning (champ visuel, OCT, rétinographie). Enfin, ce temps gagné permet d'envoyer immédiatement un éventuel courrier au médecin traitant ou au correspondant si besoin est. Bénéfice secondaire de cette plus grande disponibilité du corps médical : ceci a permis de dégager du temps pour une plus grande prise en charge des urgences, à savoir de toutes les urgences (sans priorisation, parfois pas toujours adéquate, des urgences), et sans que cela ne génère de perturbation majeure du déroulement de la consultation.

D'autre part, cela a permis de diminuer les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Très concrètement, le temps nouvellement dégagé par les ophtalmologistes permet de prendre en charge de 1 à 2 patients supplémentaires par heure par médecin, le second étant généralement une urgence :

- ainsi, sur une journée moyenne de 8h de consultations, cela signifie que 10 à 12 patients par jour supplémentaires peuvent être pris en charge ;
- sur une semaine de 3 jours et demi de consultation, cela représente un total de 35 à 40 patients en sus ;
- sur un mois, 150 à 180 patients supplémentaires ;
- et sur une année, 10 semaines de réduction des délais, soit environ 2 mois et demi de réduction du délai d'attente pour un rendez-vous.

Enfin, le troisième résultat constaté concerne directement la qualité de la prise en charge des patients. Le bilan complet, avec d'éventuels examens complémentaires, est réalisé en un seul temps et un seul lieu. Ce dernier élément induit à la fois une efficacité accrue dans les décisions thérapeutiques et moins de désorganisation du fait de la programmation des examens complémentaires réalisés au cabinet.

### 3.1.3.5 Evaluation de l'expérience

Lorsque l'on met en regard les résultats obtenus à l'issue de cette expérimentation et les objectifs initialement annoncés, on peut émettre le bilan suivant.

L'objectif de dégager du temps pour les médecins est pleinement atteint : « l'augmentation de productivité par rapport à une base nationale de 4 patients par heure sans l'aide de l'orthoptiste, varie entre 25% à 62,5%, avec une moyenne d'environ 35%. » (Berland, Bourgueil, 2006). Il faut toutefois nuancer ces gains de productivité en fonction de l'âge moyen des patients car le vieillissement de ceux-ci semble être un facteur qui limite l'augmentation de la productivité (temps de consultation plus long).

Par ailleurs, l'ambition de diminuer les délais pour l'obtention d'un rendez-vous avec le médecin ophtalmologiste est également réalisée, ce qui a permis de prendre en charge des patients supplémentaires ainsi que d'accepter des consultations d'urgence.

En terme de qualité du recueil des données et des examens, il a été démontré un net effet d'apprentissage au fil du temps. Par ailleurs, lorsque des cas discordants ou des questions survenaient, ils ont été immédiatement discutés par messagerie interne ou lors des débriefings bi-quotidiens. Là aussi, le nombre de dossiers à discuter a largement diminué au cours de l'expérimentation<sup>10</sup>. « Loin d'affaiblir la qualité de l'examen, le travail en binôme le renforce par les demandes que chaque professionnel adresse à l'autre. C'est un véritable partage de l'exercice médical où l'on apprend et l'on gagne ensemble, et non un simple échange marchand. » (Berland, Bourgueil, 2006).

Ce rapport apporte d'ailleurs une plus-value dans sa démarche d'évaluation en permettant de connaître le point de vue de chaque professionnel impliqué quant à l'impact de ce projet pilote. Nous ne relevons ici que ceux qui nous semblent particulièrement pertinents :

- apprentissage de 1 mois de l'orthoptiste dans le cabinet pour voir les premiers résultats, et de 6 mois pour prendre le rythme et se sentir à l'aise ;
- meilleur dépistage et bonne maîtrise des complications ;
- détection plus précoce des pathologies rapidement évolutive ;
- dialogue par messagerie efficace ;
- l'architecture des locaux des cabinets aide aux gains de productivité ;
- le nombre de personnes âgées, parfois dépendantes, qui doivent être transportées ou accompagnées représente un fort pourcentage, d'où l'importance de structure de proximité ;
- augmentation du flux de patient et des urgences permettant une plus grande fluidité, une meilleure maîtrise de la fin de la journée de travail et sérénité plus grande tout au long de la journée.

Un autre élément important dans l'évaluation de la réussite de l'expérimentation réside dans la dimension économique de l'opération. Son coût financier se compose des éléments suivants.

---

<sup>10</sup> à titre indicatif, au cours d'une période de 8 semaines, 20 dossiers (sur 1800) ont fait l'objet d'interrogations de l'ophtalmologiste vis-à-vis des informations notées par l'orthoptiste.

Postes	Nature des charges	Montants (en euros)
Investissements techniques	Coûts annuels (investissements et amortissements)	24'408
Recrutement et formation des orthoptistes	Coûts annuels estimés (formation initiale, continue et déplacements)	6'085
Salaires et charges	Salaires et charges des orthoptistes et de la secrétaire de l'unité	120'952
Coûts d'exploitation	Loyers et charges, assurances perte d'exploitation, médecine du travail	23'417
Total fonctionnement	Formation, salaires et exploitation	150'454
Total investissement et fonctionnement		174'862

Source : Rapport « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », Prof. Y. Berland, Dr. Y Bourgueil, ONDPS, juin 2006

Ce coût annuel représente donc une charge supplémentaire annuel de 58'300 Euros pour chacun des 3 ophtalmologistes, à couvrir par l'augmentation des recettes. Selon les auteurs, "un ophtalmologiste peut équilibrer le coût supplémentaire d'un orthoptiste, s'il arrive à réaliser, avec son aide, 1 à 1,5 consultations en plus par heure" (Berland, Bourgueil, 2006).

Ce calcul ne raisonne qu'en terme de coût et ne prend aucunement en compte les bénéfices potentiels du fait de la prise en charge de patientèle supplémentaire qui induit éventuellement des traitements, consultations de suivi ou des actes chirurgicaux supplémentaires, lesquels conduisent à une augmentation du chiffre d'affaires du médecin.

Au delà de ce bilan global a priori positif, il existe de réelles difficultés qui ont été rencontrées, notamment surtout du fait du passage du cabinet d'une logique de cabinet médical à une logique entrepreneuriale de type PME. En effet, cette nouvelle organisation engendre davantage de travail de coopération entre professionnels mais aussi davantage de gestion administrative, de comptabilité, des questions d'ordre juridique ou du domaine des ressources humaines. Elles résident également dans la nécessité de prévoir les charges et les questions de trésorerie du cabinet. C'est aussi un surcroît de travail organisationnel du fait de flux plus important de patient à prendre en charge, gérer et suivre en tant que patient mais aussi de par la rigueur impérativement nécessaire dans l'organisation des plannings et des parcours des patients dans le cabinet. Plus globalement, c'est tout un changement de culture de travail qui doit également s'opérer. On peut en effet déplorer que les coûts d'organisation de ces modifications n'aient pas été chiffrés : par exemple, le temps des debriefings orthoptistes-ophtalmologistes ou le temps consacré à la mise en place du projet pilote n'ont pas été décomptés.

Enfin, à ce stade, nous ne disposons pas de résultats sur la qualité en terme médical de ce nouveau mode de prise en charge et l'impact réel de celle-ci sur l'amélioration de l'état de santé des patients, ni sur son impact sur la chaîne des soins ophtalmologiques. On pourrait imaginer que le recours aux soins dans les structures hospitalières, en urgence ou pas, soit moindre. On peut également se demander si cela a eu un impact sur l'adressage de patient du cabinet vers les hôpitaux ou les opticiens.

Pour nuancer les résultats, il faut aussi préciser que les auteurs du rapport d'évaluation remettent en question la viabilité économique de telles modes d'organisation pour un cabinet situé en secteur 1 et dans une petite ville, argumentant qu'elle ne permettrait pas de financer totalement d'éventuels travaux, l'achat ou la location de m2 supplémentaires nécessaires.

Au delà de cette expérimentation fort intéressante, notamment car la délégation s'adresse à

des professionnels para-médicaux, les initiants de cette expérience ont développé un projet ambitieux de création d'un réseau Examen de la vision plus général sur l'ensemble de la Sarthe et qui comporte plusieurs volets innovants, et qui bénéficient indirectement des résultats de cette première expérimentation. Par exemple, en lien avec ce nouveau mode de fonctionnement pour la réalisation de l'examen de la vision, viendrait se joindre un volet sur la participation à la formation des orthoptistes. Un autre volet porte sur un nouveau mode de coopération avec les opticiens-lunetiers et les autres praticiens non ophtalmologiques de type médicaux (généralistes, pharmaciens), paramédicaux (infirmières) ou d'autres types (rééducateurs, assistants sociaux, médecine scolaire et du travail...). Un autre encore ambitionne de développer le dépistage, la prévention et l'éducation ophtalmologique. En conséquence, cette expérimentation de délégation a engendrée une réforme au niveau local dans le mode d'organisation des soins ophtalmologiques basée sur une dynamique faisant davantage de place au travail de coopération interdisciplinaire, et notamment particulièrement entre les différents professionnels du secteur.

### 3.2 L'EXPERIMENTATION ACTION DE SANTE LIBERALE EN EQUIPE (ASALEE) DES CABINETS GENERALISTES EN POITOU-CHARENTES

Dans le cadre des travaux de la commission Berland soutenus par le Ministère de la Santé et l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, une expérience de délégation de tâches en cabinet de médecine générale, appelée ASALEE a été mise en place, depuis juin 2004, dans la région de Poitou-Charentes.

Dans cette région, en ville, comme en milieu rural, les médecins généralistes se disent « surbookés » et avouent à demi-mot ne pas offrir toute l'information de prévention que les patients attendent. Or, moins le médecin a de temps, plus il a tendance à prescrire pour se couvrir. Par ailleurs, comment convaincre de jeunes internes à choisir comme discipline la médecine générale ? Le médecin notable n'existe plus, il a en face une clientèle de plus en plus exigeante et nombreuse. Avec la courbe démographique qui devrait mener à la retraite bon nombre de praticiens, la situation paraît difficile : les jeunes générations souhaitent pouvoir trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et la vie de famille et se révèlent davantage réticents aux servitudes des gardes. Autre préférence de cette relève : ne plus exercer de manière isolée, afin de partager la responsabilité de cas complexes, mais au contraire tendre à retrouver la structure connue à l'hôpital et travailler dans un contexte incitant à plus de coopération interdisciplinaire. Dans ce sens, ce projet d'expérimentation de partage des tâches est peut-être un moyen d'attirer des jeunes pour s'installer dans ces zones où les heures de consultations sont longues et où le métier de généraliste implique de remplacer le rôle à la fois pédiatres, psychologues, ophtalmologues.

Ce projet consiste à développer des activités de santé publique et d'accompagnement médico-social : une infirmière formée spécifiquement à la prévention, au dépistage et à l'éducation thérapeutique collabore avec les médecins sur la déclinaison concrète de tâches précises. Souvent disponibles dans les centres urbains et universitaires, ces soins de prévention pourraient alors être à la portée du plus grand nombre, notamment en milieu rural. Nécessité oblige, le gouvernement français ayant décrété vouloir renforcer la prévention comme un des axes prioritaires de sa politique de santé publique, il doit pouvoir s'assurer que les professionnels de santé sont disponibles pour dispenser ces services, ou trouver de nouveaux modes d'organisation pour ce faire. De l'aveu du Dr. Gautier, médecin généraliste dans l'un des trois cabinets à l'initiative de ce projet, les médecins n'ont bien souvent pas le temps d'assumer ces tâches dans le cadre serré d'une consultation à l'acte. « Parce que nous n'avons en général pas le temps de procéder à l'éducation de nos patients souffrant de maladies chroniques, comme l'asthme ou le diabète, sur les conduites et l'hygiène de vie à tenir, nous avons pensé que ces activités de sensibilisation et d'éducation pourraient être réalisées par un personnel convenablement formé. Bien évidemment, les infirmières arrivent au premier rang des recrues potentielles, compte tenu de leur savoir-faire sanitaire, mais on pourrait envisager également de faire appel à d'autres professions que nous formerions progressivement, comme les aides-

soignantes par exemple », avance le Dr Gautier, à l'origine de ce projet (Le Généraliste, F. Petty, 2003).

### 3.2.1 Description de l'expérimentation

Afin de cibler au mieux le contenu de l'expérimentation, une enquête a été faite au préalable auprès de chaque médecin, des secrétaires et de trente-six de patients. La sollicitation des patients a été selon les concepteurs, « essentielle afin de tester quelques hypothèses, notamment le moment et les modalités de l'intervention du nouveau professionnel par rapport au médecin, ainsi que les attentes des patients. L'objectif et le cadre de l'expérimentation ont été, par la suite, précisés sur la base des informations collectées. Ainsi, si les personnes interrogées sont opposées à voir un autre professionnel de santé systématiquement avant la consultation avec leur médecin, c'est qu'ils réitèrent le souhait de conserver la possibilité d'un lien direct avec le médecin. En revanche, ils se disaient plutôt d'accord pour voir cette personne pour un problème spécifique ou après la consultation pour recevoir des informations détaillées ou régler des petits problèmes (prévention du cancer, pied diabétique, conseils en diététique, vaccination contre la grippe, renouvellement d'ordonnance), si celui-ci était compétent, indiqué par leur médecin et que ce dernier lui faisait confiance.

#### 3.2.1.1 Contexte

Trois cabinets de groupe de médecin généraliste installés depuis de longue date (37, 23 et 17 ans) ont souscrit au projet : l'un situé en milieu urbain, à Niort, l'autre en milieu semi-urbain et le dernier en milieu rural. Chaque cabinet compte quatre médecins généralistes, tous volontaires, d'âges différents et ayant en général une orientation particulière. Tous les médecins sont conventionnés en secteur 1 et les patients ont en moyenne 50 ans, sauf à Niort où ils sont un peu plus âgés. Sur le plan organisationnel, ils sont tous informatisés et stockent les dossiers des patients sur informatique avec un système commun et un accès partagés aux dossiers médicaux. Il existe des règles d'organisation collective et, au minimum, un temps de réunion hebdomadaire dans chaque cabinet. Les médecins se remplacent entre eux durant les vacances et il existe un système de solidarité financière entre les médecins, lequel diffère selon les cabinets. Chaque cabinet dispose d'un local disponible permettant d'accueillir le/la infirmier/ière supplémentaire, moyennant quelques aménagements.

Le projet a reçu l'aval de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) de Poitou-Charentes et dispose d'un budget de 120'000 euros, dévolu notamment à l'engagement d'une infirmière à plein temps par cabinet. Rien à déboursier donc pour ces cabinets durant cette phase d'expérimentation.

Le nouveau dispositif d'organisation a débuté le 1er juin 2004, et a été mis en place pour une année puis sera soumis à une procédure d'évaluation. Il est important de préciser que le service procuré par l'infirmière est totalement gratuit pour les patients.

#### 3.2.1.2 Objectifs et principes

L'objectif de cette expérimentation est double : améliorer la qualité des services rendus aux patients en médecine de ville, et répondre aux problèmes de démographie médicale.

Elle consiste à développer des activités en santé publique, réalisées en équipe au sein de cabinets de groupe de médecins généralistes, en mettant à disposition un collaborateur paramédical (infirmier/ière) formé spécifiquement. La notion de santé souligne l'orientation du projet vers des actions visant à éviter la survenue de maladies ou de complications, et à offrir

aux patients les moyens d'être acteurs de santé. Elle se distingue en cela du soin. La notion d'équipe comprend à la fois les différents médecins du cabinet, le secrétariat, une personne salariée du cabinet à laquelle sont déléguées certaines tâches sous la responsabilité des médecins. Trois axes ont été définis :

- l'éducation sanitaire et thérapeutique : l'éducation sanitaire correspond à des discours et des conseils ciblés pour des populations spécifiques, non malades, telles que les mères, les enfants et les adolescents, ou les personnes âgées. Ces conseils peuvent être délivrés de manière individuelle ou en séance de groupe. L'éducation thérapeutique est, quant à elle, orientée vers les malades atteints de pathologies chroniques comme le diabète, l'asthme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie;
- le dépistage individualisé : avec des protocoles bien définis et en appui au médecin, l'infirmière participe aux dépistages des démences séniles, des cancers (tels que le cancer du sein), des maladies cardiovasculaires et éventuellement des glaucomes. En effet, les médecins témoignaient que l'application des recommandations de dépistage de certaines pathologies leur posait des difficultés du fait qu'ils ne disposaient pas toujours de l'information relative à la personne qu'ils voient en consultation pour un autre motif que le dépistage, celle-ci n'étant pas toujours mise à jour, voire même collectée;
- la participation à la réorganisation de la médecine générale afin d'anticiper l'exercice futur et de répondre efficacement à l'augmentation à venir de la demande en soins. Le vieillissement de la population, son lot de pathologies chroniques, le progrès technologique médical renforçant les attentes sociales envers une santé parfaite pèsent lourdement sur l'augmentation à venir de la demande en soins. Confrontée à la prévision de diminution du nombre de médecins, il devient alors essentiel de réorganiser l'activité du médecin traitant afin de garantir la qualité des prestations. En misant sur l'activité d'éducation à la santé et du malade, et la prévention, on fait le pari que « les patients auront moins de complications et consulteront le médecin dans une moindre mesure ; de même certaines consultations pourront être à termes réalisées par l'assistant(e) du cabinet sous la supervision des médecins. »

Il est donc attendu que ce projet pilote permette « une évolution de l'activité des médecins du cabinet en termes quantitatifs et qualitatifs. (...) La délégation d'activité permettrait de réaliser ce qui n'est pas toujours bien fait, qui prend du temps et qui est standardisable (enquête alimentaire, gestion de l'information relative au dossier patient dans une perspective de prévention, conseils multiples, coordination des interventions ou suivi du patient...). »

### 3.2.1.3 Réalisation de l'expérimentation

Au contraire d'une activité exercée dans des réseaux de soins ou de regroupements de plusieurs professionnels libéraux au sein d'un même site, cette expérimentation a pour ambition de conserver la conception « entrepreneuriale » de l'exercice de la médecine générale. Elle présente la particularité que les activités développées par l'infirmière recrutée seront effectuées sous la responsabilité des médecins et dans le cadre d'un contrat de travail classique de type employeur-employée.

Le profil de la personne à recruter correspond à celui d'une infirmier/ière en santé publique (i.e., formé/ée à la promotion de la santé, l'approche préventive et à l'approche psychosociale des patients). Un éventuel complément de formation à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique pourra être envisagé tant pour cette nouvelle personne que pour les médecins afin d'assurer la cohérence des pratiques au sein d'un cabinet. A titre indicatif, la rémunération envisagée se baserait sur la convention collective des cabinets médicaux dans laquelle la rémunération de base est fixée à 1'305,15 Euros mensuels (pour 165 heures, en mars 2000). Son activité est programmée.

Le coût d'une telle expérimentation comporte des éléments de nature différente :

- des coûts d'investissement : aménagement d'un local, équipement informatique et téléphonique ;



- des coûts de fonctionnement : notamment, salaire de l'infirmière recrutée ;
- des coûts spécifiques liés à la mise en place du projet : recrutement, formation, suivi du projet et évaluation ;
- et enfin des coûts cachés, tels que le coût d'opportunité pour les médecins assurant l'encadrement de la personne recrutée.

Le coût total du projet avoisine les 180'000 euros à ventiler entre différents partenaires. Une partie des fonds provient des cabinets engagés dans le projet : les actes réalisés par l'infirmière sont réalisés sous la délégation des médecins et facturés à l'assurance-maladie et au patient comme des consultations, ce qui permet de dégager les fonds nécessaires pour le paiement des salaires de cette personne. Certains actes sont facturés à l'assurance-maladie et au patient comme des actes infirmiers et permettent d'en financer une grande partie. Enfin, les consultations d'éducation à la santé et le dépistage individualisé font l'objet de financement spécifique qui peut être obtenu dans le cadre d'actions de prévention (dans le cas présent via l'URML, autrement via la sécurité sociale, l'état, les collectivités locales, mutuelles). Ce type de financement n'est pas basé au nombre d'acte, mais par programme.

L'activité de l'infirmière engagée se composait de plusieurs axes correspondants aux trois objectifs détaillés en section 3.2.1.2. Pour l'axe éducation à la santé et thérapeutique, il s'agit de proposer par l'intermédiaire du médecin un suivi associant une consultation individuelle ou de groupe se déroulant au cabinet, sous la responsabilité du médecin. En ce qui concerne les thèmes communs à l'éducation et au dépistage, certains sujets ont été retenus en priorité et partagés par tous les cabinets : pour cette première expérimentation ont été choisis le dépistage du diabète, le suivi du diabétique de type 2 et le dépistage du cancer du sein. Pour chacun de ces thèmes, un référentiel commun (constitution de bibliographie, proposition d'un référentiel et validation par l'ensemble des médecins) a été adopté afin de pouvoir réaliser une comparaison inter-cabinets. Les modalités organisationnelles peuvent varier en fonction des ressources et de l'organisation locale.

En ce qui concerne le dépistage individualisé, sur la base de problèmes et situations à risques choisis en commun, chaque cabinet conçoit un protocole de dépistage. L'intervention de l'infirmière peut se faire potentiellement à trois niveaux :

- « en amont, par l'identification des patients à risques dans la clientèle des médecins du cabinet, par exemple en mobilisant la base de données informatique ;
- en appui à l'activité du médecin, par exemple dans la collecte des informations au cours d'une consultation dédiée avant la synthèse du médecin ;
- en aval, notamment par le suivi du dossier en cas d'examen complémentaire, recueil du résultats auprès des partenaires et constitution du dossier, et éventuellement relance des personnes. »

Enfin, pour ce qui est de l'organisation du travail en cabinet, l'infirmière participe à la réponse téléphonique (tout comme les autres membres du cabinet), à la gestion des stocks et des trousseaux d'urgences des médecins, aux activités de suivi des malades, à la mise à jour de la base de données et des dossiers des patients. Au surplus, s'ajoute le recueil de données qui permet de renseigner les indicateurs retenus pour l'évaluation de l'expérimentation.

#### 3.2.1.4 Résultats et évaluation

Au moment de la rédaction de ce travail de mémoire, l'évaluation de l'expérimentation n'a pas été encore conduite de sorte que des conclusions scientifiquement élaborées ne sont pas disponibles. Nous ne pouvons, à ce stade, que faire part des récits des acteurs impliqués.

A titre indicatif, le témoignage de l'infirmière recrutée dans ce projet ASALEE explique que « .les patients sont généralement contents de ce temps que nous pouvons leur consacrer et il arrive même que certains me confient des choses dont ils n'ont pas parlé à leur médecin. Bien entendu, ils savent que ce qui se dit chez moi peut, et même doit remonter jusqu'au médecin.

Quand je vois que les patients ont perdu du poids et que leurs résultats d'analyses<sup>11</sup> sont meilleurs, je me dis que mon travail a porté ses fruits. Il est certain que c'est un plus pour le patient et pour le médecin. » Selon le témoignage d'un des médecins impliqués dans l'expérience, le patient « accepte généralement la proposition du médecin même si le suivi régulier est ensuite plus ou moins facile que ce soit à l'occasion de la consultation médicale ou que ce soit en rendez-vous programmé avec l'infirmière. Parfois, le patient refuse par méconnaissance de cette pratique, puis il accepte après répétition de la proposition. Parfois, enfin, le refus persiste souvent par peur du « régime » vécu comme une contrainte. »

A-t-il été difficile de trouver l'infirmière adéquate pour ce type de poste ? « Lorsque vous proposez un travail en cabinet médical, avec des horaires fixes, une autonomie, des relations de colloque singulier avec les patients, elles sont partantes » explique le Dr. Boutin<sup>12</sup>.

### 3.2.2 Autres exemples de transfert de tâches dans les soins primaires

Nous considérerons que les activités de triage, d'évaluation médicosociale, de consultation avec prescription de médicaments en vente libre ne sont pas considérées comme des activités transférées dans la mesure où elle sont assimilées au rôle spécifique infirmier (Bourgueil & al., 2006).

#### 3.2.2.1 La prescription des infirmières : l'exemple suédois

En 1994, le gouvernement a décidé d'autoriser la prescription de médicaments aux sages-femmes et infirmières de santé publique (*district nurses*) à la condition d'avoir suivi une formation adéquate minimale de 8 semaines. En 2001, ce droit de prescription s'est étendu à d'autres catégories d'infirmières, sous réserve d'avoir suivi la formation nécessaire et d'exercer exclusivement dans le secteur public. La même année, la liste des catégories de médicaments qu'une infirmière pouvait prescrire est passée de 4 à 15.

Les auteurs de l'étude déplorent toutefois n'avoir pas trouvé d'études portant sur les effets de la prescription infirmière sur la qualité des soins. En revanche, il a été documenté que les perceptions des médecins généralistes envers ce nouveau rôle étaient plutôt négatives : ils la jugent inutile, coûteuse, risquée et semblent ne pas voir leur charge de travail diminuer. De leur côté, les infirmières sont positives : satisfaites de la formation reçue, elles se disent vigilantes quant aux risques induits de la prescription et ont le sentiment d'avoir acquis un plus grand professionnalisme. Les tensions entre professionnels sont toutefois moins importantes dans les centres de santé où ces catégories effectuent un véritable travail d'équipe.

Un nouveau champ pourrait s'ouvrir : dans le cas de suivi de patients atteints de maladie chroniques (p.ex. diabète ou asthme), des infirmières, dûment formées, pourraient émettre des prescriptions sous contrôle médical. Il s'agirait alors de prescription dite dépendante.

#### 3.2.2.2 L'exemple des infirmières autorisées étendues en Ontario

Depuis 1998 et l'adoption d'une loi en la matière, une nouvelle catégorie d'infirmières (*Registered nurses in the extended class*), dite infirmières autorisées étendues (IAE), a été créée par l'Ordre des Infirmières et infirmiers de l'Ontario.

Au nombre de 500 dans l'Ontario, les infirmières praticiennes, en première ligne, travaillent principalement dans des centres de santé communautaire ou des régions isolées. Certaines d'entre elles qui ont reçu une formation approfondie en soins primaires peuvent prétendre au

---

<sup>11</sup> dans le cas de patients diabétiques.

<sup>12</sup> médecin généraliste, président de l'URML Poitou-Charentes et co-concepteur du projet.

statut d'IAE. A ce titre, elles offrent "des services de santé complets qui regroupent la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, les traitements, la réadaptation et les services de soutien. Son champ d'exercice est plus large que celui de l'IA de la catégorie générale dans les domaines de l'évaluation, du diagnostic, de l'ordonnance d'analyses et de traitements et de la promotion de la santé" (Bourgueil et al., 2006).

Plus particulièrement, tentant d'établir le profil de ces professionnels, une étude (SIDANI, 2000) décrit que plus de la moitié travaillent dans un Centre de santé communautaire, 10% dans un cabinet de médecin, 10% dans un Health Service Organisation et 10% dans un poste infirmier avancé. "Toutes délivrent des *wellness care* (soins de maintien), soins pour de petites maladies aiguës et soins aux patients chroniques. Dans un tiers des cas, elles bénéficient d'un soutien médical permanent. 91% des lieux de travail offrent parfois ou souvent un soutien médical. Enfin, deux tiers des lieux offrent un soutien médical à distance de façon systématique. La plupart des répondantes voient leur rôle bien défini. [...] La plupart prescrivent des examens et font un diagnostic dans les domaines suivants: infections vaginales, sinusites, angines, otites de l'oreille moyenne, infections respiratoires supérieures, infections urinaires basses, HTA, diabète, dépression, ménopause ou délivrent un traitement. [...] Moins de la moitié utilisent des protocoles ou des procédures standards quand elles planifient ou délivrent des soins aux patients" (Bourgueil et al., 2006).

Ce dernier aspect peut s'expliquer du fait de l'autonomie de leur pratique et de la possibilité de prescription qu'elles ont. Là aussi, elles peuvent effectuer une prescription autonome en routine ou pour un motif précis pour environ une centaine de substances de type vaccins et sérums antitétaniques, traitements anti-infectieux, oestro-progestatifs, quelques anxyolitiques, anti-inflammatoires, et traitements anti-tabac. Pour ce qui concerne environ 70 médicaments (notamment diurétiques, antiulcéreux, oestro-progestatifs, anti-hypertenseurs), elles peuvent également émettre une prescription dans le cas d'un renouvellement d'ordonnance et sous certaines conditions.

Ainsi la législation d'Ontario est l'une des rares à avoir été adaptée pour permettre à certaines infirmières de pouvoir réaliser certains actes médicaux tels que gestes techniques, gestes diagnostiques et prescription. Pour les pays déjà engagés dans une telle réflexion de partage des tâches, il semble toutefois que ce soit sur l'aspect de prescription que le transfert de responsabilités de médecin à une infirmière soit le plus fréquent et le plus large.

## 4. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Les motifs qui amènent des autorités à réfléchir à redéfinir le *skill mix* des professionnels de santé assurant la prise en charge des patients peuvent être multiples (section 2.1.5.). Toutefois, sont souvent invoqués la crainte d'une pénurie de certains professionnels de santé (couramment des médecins) remettant en cause la capacité de délivrer des soins, les difficultés d'accès aux soins liés à une inégale répartition des professionnels sur le territoire et l'espoir de pouvoir maîtriser les dépenses de santé en confiant la prise en charge de certaines catégories de personnel moins coûteuses.

L'étude de la littérature scientifique (section 2) a permis de mesurer les différentes dimensions de l'impact d'une opération de délégation ou de transfert de compétences au profit d'une autre catégorie de professionnel "vers le bas". Les résultats des recherches suggèrent qu'une délégation ou substitution de tâches des médecins auprès des infirmières (du moins dans le domaine des soins primaires) est d'une part faisable, mais aussi qu'elle génère des résultats en terme de santé du patient tout au moins équivalents à ceux obtenus dans le cas de médecins, à condition que ces infirmières soient formées de manière appropriée. Les consultations des infirmières sont plus longues, et celles-ci ont tendance à donner davantage d'information au patient. La satisfaction des patients est grande, même si leur préférence, quant à quelle catégorie de professionnel délivre le soin, est différenciée. En terme économique, l'ampleur des bénéfices se révèle très dépendant de l'amplitude du différentiel de salaires et, par conséquent, fluctue au fil du temps et en fonction du contexte de chaque système sanitaire.

Au terme de cet état des connaissances théoriques, il est apparu que les recherches conduites jusqu'à présent sur les délégations et transferts de compétences entre professions de santé recèlent leurs propres limites et faiblesses. Plusieurs améliorations dans ce domaine pourraient leur être apportées. Peu nombreux, les articles concernant spécifiquement cette problématique examinent finalement un nombre assez restreint de gestes et de prises en charge. Ils décrivent peu la méthodologie adoptée de sorte qu'on ne peut en questionner le choix, et qu'il est difficile d'en comparer les résultats. Le nombre de professionnels impliqués dans ces recherches devrait être maximisé afin de diminuer les risques de résultats qui seraient dépendants des personnes. Les études menées devraient permettre de mesurer les résultats obtenus en référence à une situation antérieure (design de type avant/après) ainsi qu'étendre la fenêtre d'observation. Limitée souvent à 12 mois, il est alors difficile de suivre l'évolution de la productivité et de l'efficacité, sans compter qu'on pourrait manquer d'éventuelles complications de santé qui surviendraient tardivement. A cette fin, il serait également bon de suivre le parcours du patient et d'observer si le recours aux autres structures de soins s'en trouve modifié (moins de recours aux structures hospitalières ou d'urgence). De plus, bon nombre d'études n'explorent qu'une partie des conséquences de telle expérience, occultant des dimensions tout autant importantes telles que: l'état de santé clinique (morbidité, mortalité, degré d'adhésion, taux de retour), et non sa perception par le patient, la satisfaction et la préférence du patient, la motivation et la satisfaction des professionnels eux-mêmes, la qualité de l'information recueillie dans le dossier patient. Par ailleurs, l'évaluation de l'impact économique est parfois imprécise. Les coûts de transaction (i.e. le temps consacré à la mise en place de ce transfert d'activité) pour le médecin, le coût de la formation complémentaire nécessaire de l'infirmière, voire son éventuelle augmentation de rémunération conséquente, doivent être inclus dans l'analyse économique. Sans compter qu'il faudrait pouvoir évaluer ce que devient le temps médical ainsi économisé et l'activité du médecin. De surcroît, les recherches menées explicitent très rarement les modalités de financement de ces expériences et de rémunération des professionnels impliqués. Or, ces deux éléments peuvent avoir leur importance quant au volume des actes délégués ou, par exemple, la satisfaction des professionnels et des patients. Enfin, une évaluation de l'impact d'une telle réorganisation de la prise en charge sur l'ensemble de la société, dite externalités, n'est jamais réalisée.

En dépit des limites que comporte tout exercice de comparaison internationale et des faiblesses recensées dans la littérature, la démarche menée dans ce rapport visant à offrir un

espace de réflexion. Plusieurs facteurs nous laissent penser que le débat sur la redéfinition des modes de prise en charge ne fait que débiter. En plus des causes évoquées ci-dessus, d'autres facteurs alimentent le débat. L'exercice de la médecine, en pleine mutation depuis trente ans, et particulièrement l'importance du secteur ambulatoire, ainsi que la diminution du nombre d'heures travaillées, qu'elle soit la conséquence de la modification des cadres réglementaires ou de l'évolution du style de vie réattribuant davantage d'importance à la vie privée, imposent un défi à la délivrance de soins de qualité et accessibles à tous. Dans un même temps, tous ces éléments constituent une opportunité de redéfinir les modes d'organisation de prise en charge des patients afin de ne plus surcharger les médecins - ce qui va dans le sens de qualité de vie recherchée par les jeunes générations de professionnels - mais aussi d'améliorer leur disponibilité afin qu'ils se concentrent sur les prises en charge plus complexes et les tâches pour lesquels eux seuls sont dûment formés. Cette logique ne s'applique pas exclusivement aux médecins et infirmières, mais s'étend à l'ensemble des catégories des professions sanitaires.

Plusieurs éléments peuvent contribuer au succès de l'implantation de telles expériences. Les expérimentations de délégation et transferts de compétence menées, tant au Royaume-Uni, aux Etats-Unis, au Canada ou en France, ne se sont pas développées spontanément. Au contraire, elles sont le fruit d'une politique volontariste des pouvoirs publics, condition indispensable pour voir ces projets innovants implantés et être éventuellement pérennisés. Ne serait-ce qu'en ce qui concerne la coopération médecin-infirmière, Read (1995) indique que faire évoluer et modifier les rôles des infirmières dans la chaîne des soins n'est pas une démarche et un choix facile ou bon marché. Il affirme que le succès de telles initiatives dépend de l'engagement d'un leadership enthousiaste soutenu par une direction et une équipe multidisciplinaire lorsqu'elles se déroulent en établissement.

Autre partenaire d'importance, les associations de professionnels ont un rôle primordial à jouer dans la mise en place d'expériences dont les conséquences auront un impact sur la répartition des tâches entre professionnels, et donc aussi sur l'évolution de leur rémunération. Autant elles peuvent représenter des forces fédératrices, participant au débat et être sources d'initiatives pertinentes car issues du terrain, autant elles peuvent constituer des blocages fondamentaux. Il est donc important de prendre le temps de construire un dialogue avec tous les partenaires impliqués, y compris les assureurs-malades.

Au surplus, le mode de rémunération du professionnel constitue un facteur incitatif, ou au contraire inhibant, au processus de délégation ou de transfert de tâches. A titre d'exemple, la coopération médecin généraliste-infirmière, telle que redéfinie dans le système sanitaire britannique, a rencontré un grand succès parce que ses médecins payés selon une base forfaitaire ou à la capitation, et par ailleurs surchargés, n'avaient pas à craindre d'une diminution de leur rémunération du fait d'un transfert de leur tâches à une infirmière. L'acceptabilité d'un tel transfert de tâches aurait sans aucun doute été fort différent dans un contexte de rémunération à l'acte.

Dans ce même ordre d'idée, le mode de financement de ces projets doit s'opérer de façon à ce que les professionnels engagés dans l'expérience n'aient rien à déboursier et soient ainsi incités à prendre la pleine mesure des potentialités. Ainsi, ce sont souvent les caisses de Sécurité sociale ou les autorités publiques régionales qui financent des postes infirmiers par des enveloppes spécifiques. Les dernières expériences recensées sur le plan international s'orientent davantage vers des modalités de coopération dans un cadre d'exercice qui est celui du cabinet libéral, que vers des "centres de santé intégré".

A cet effet, une condition architecturale est indispensable: la substitution de tâches doit s'effectuer au sein d'un lieu unique sous peine de voir les gains de temps, les synergies et la communication nécessaire sur des dossiers particuliers préétablis. "Plus les différents lieux de consultations et d'interventions des différents acteurs professionnels sont proches et intégrés, plus les communications entre acteurs sont facilitées, et plus le parcours du patient est optimisé" (Bourgueil & al., 2006). Le cas de la collaboration ophtalmologiste-orthoptiste cité en est un bon reflet. Ceci peut parfois impliquer des coûts d'investissement pour l'aménagement d'un local spécifique, ou des coûts de fonctionnement supérieurs du fait de la location de pièces supplémentaires. Toutefois, l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire n'en est pas pour autant garanti. Dans ce cas, "la coopération entre le médecin et le professionnel de santé peut être envisagée à distance en mobilisant la télémédecine pour maintenir le lien avec le spécialiste et en offrant au professionnel de santé un contexte d'exercice médicalisé local. Le recours au

patient est alors simplifié, notamment quand sa mobilité est réduite puisqu'il s'adresse à un seul lieu de consultation de proximité" (Bourgueil & al., 2006).

En réalité, initier de telles expérimentations puis les transformer en systèmes pérennes comporte des difficultés inhérentes à toute implantation d'un changement de culture et d'organisation. Non seulement, il s'agit d'un véritable processus de changement dans le sens où il s'étale dans le temps, mais son acceptation diffère également selon l'appartenance aux plus ou moins jeunes générations. Il faudra compter vraisemblablement une génération entière pour que la mutation de l'exercice de la médecine se fasse intégrant davantage de coopération interdisciplinaire, de travail de groupe et d'information au patient visant à son autonomisation. Mais, "l'histoire de l'exercice de la médecine n'intègre-t-elle pas la délégation progressive d'actes traditionnellement réalisés par les médecins à des professions non-médicales" (Bourgueil & al., 2006).

En redéfinissant les frontières des métiers, on renvoie immédiatement à la question du contenu des rôles professionnels, et donc, à ce qui est attendu de chaque catégorie professionnelle, et au final à la formation de base qui est traditionnellement le creuset de la constitution des compétences. D'autant que la légitimité de la délégation et l'ampleur des bénéfices dégagés viendront des compétences démontrées. A ce titre, plusieurs pistes de réflexion pour une refonte des cursus voient le jour. On y évoque la nécessité d'une formation commune interdisciplinaire afin que chaque type de professionnel soit habitué à travailler ensemble et développe un langage commun. On mise sur la formation continue obligatoire pour toutes les catégories de professions de la santé (médicaux et paramédicaux), on réfléchit à la création de passerelles entre métiers de la santé, tout au long d'une carrière, pour encourager les conversions tardives.

Au cours de ces expérimentations de substitution de professionnel, il a toujours été fait l'hypothèse que le nouveau professionnel à qui ces tâches étaient transférées, était disponible. Or de telles réorganisations des modalités de la division du travail se répercutent sur l'ensemble de la chaîne des soins. Par exemple, si un médecin reporte une partie de la charge des soins à une infirmière, que deviennent les tâches que cette même infirmière ne peut plus assumer, à qui peut-elle les transférer, ces personnes sont-elles dûment formées ? C'est en effet l'intégralité des coûts du fait de cette réorganisation en chaîne qui doit être estimé dans une analyse économique coût-bénéfice. A ceci vient s'ajouter la contradiction d'un discours dans lequel le recours prôné aux infirmières occulte totalement le fait que l'on connaît d'ores et déjà des situations de pénuries en infirmières. Attention donc à ne pas accentuer une situation, parfois, déjà observée.

De surcroît, aucune source ne questionne réellement les conséquences éthiques de tel transfert de compétence, ni l'équité de telles mesures. "*Costs should be measured but decisions about investment or disinvestment should be taken within a framework which explicitly upholds ethical values, ensures equity and appropriately identifies effectiveness* (Connely and Worth, 1997)".

Finalement, sans offrir de solution évidente et disponible à être transposée, le débat mené sur la délégation et le transfert de tâches et ses expérimentations présente l'intérêt d'ouvrir un espace de réflexion pour une organisation de travail davantage interdisciplinaire et partagée entre différents groupes de professionnels. Ils montrent également que, même s'il n'existe pas de définition universellement valable de la répartition du travail entre métier, il demeure toujours possible d'interroger nos modes de travail.

A cet égard, tandis que la scène internationale se penche avec un très vif intérêt sur cette thématique, en Suisse, des voix encore timides commencent à prendre l'initiative de lancer une réflexion dans cette direction, comme si la situation n'avait pas encore atteint le degré d'urgence nécessaire pour remettre en cause les acquis de chaque catégorie de professionnels de santé.

## 5. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Les transferts de compétences en ophtalmologie : réalités et perceptions, Union professionnelle des médecins libéraux de la région Rhône-Alpes, <http://orthoptie.net/pro.upmlra.html>

??? Human resources for health :overcoming the crisis, The Lancet;vol. 364 ;1984-90, 27 novembre 2004

Présentation dans le cadre des Journées du Dr Pierre Fillon, Expérimentation de la Sarthe, 6 octobre 2005

Réseau d'examen de la vision et d'accès aux soins ophtalmologiques de la Sarthe, réfraction et acuité, Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

Directive 93/104/CE du Conseil, du 23 novembre 1993, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, Journal Officiel n°L307 du 13/12/1993, p.0018-0024, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=CELEX:31993LO104:FR:HTML>

K G M M Alberti, Skillmix : an advance or an excuse ?, [www.emjonline.com](http://www.emjonline.com)

L. Banham, J. Connelly, Skill mix, doctors and nurses : substitution or diversification ?, Journal of Management in Medicine, vol. 16, n°4, pp. 259-270, 2002

A.-C. Bensadon, Contenu des métiers médicaux et substitutions envisageables, Etude réalisée pour la Direction Générale de la Santé, mai 2001

Prof. Y. Berland, Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, rapport d'étape, octobre 2001

Prof. Y. Berland et al., Rapport d'activité 2005 de l'ONDPS, Tome 3 : les professionnels de santé, comptes rendus des auditions, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, La documentation Française, mai 2006

Y. Bourgueil, U. Dürr, G. de Pourville, S. Rocamora-Houzard, La régulation des professions de santé – études monographiques, Direction de la Recherche des études, des l'évaluation et des statistiques, Ministères de l'emploi et de la solidarité, France, n°22, mars 2002

Y. Bourgueil, A. Marek, J. Mousquès, La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec, Bulletin d'information en économie de la santé, IRDES, n°95, juin 2005

Y. Bourgueil, A. Marek, J. Mousquès, Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières, l'apprt d'expériences européennes et canadiennes, IRDES, Biblio n°1624, mars 2006

S. Brown, D. Grimses, A meta-analysis of nurse practitioner and nurse midwives in primary care,

Nursing Research, vol. 44, pp. 332-338, 1995

J. Buchan, Determining skill mix : lessons from an international review, Human resources for health development Journal (HRDJ) vol. 3 n°2, May- August, 1999

J. Buchan, J. Ball, F. O'May, Determining skill mix in the health workforce : Guidelines for managers and health professionals, Discussion Paper, WHO/EIP/OSD/00.11, 2000

J. Buchan & M. R. Dal Poz, Skill mix in the health care workforce : reviewing the evidence, Bulletin of the World Health Organization, 80 (7), 2002

J. Buchan, L. Calman, Skill-Mix and policy change in the health workforce :nurses in advanced roles, OECD Health Working Papers 17, 24 février 2005

P. J. Calvin-Davies, Doctor-Nurse substitution : the workforce equation, Journal of Nursing Management, 7, pp. 71-79, 1999

L. Corn-Ruelle, F. Midy, P. Urmann, La profession infirmière en mutation, éléments de réflexion à partir d'exemples européens, Bulletin en économie de la santé, CREDES, n°33, octobre 2000

C. Coumau, Les généralistes apprennent aux infirmières, Impact Médecine, n° 123, p. 29, 9 juin 2005

F. Crossan, D. Ferguson, Exploring nursing skill mix : a review, Journal of Nursing Management, 13, pp. 356-362, 2005

V. Currie, G. Harvey, E. West, H. McKenna, S. Keeney, relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy : literature review, Journal of Advanced Nursing, 51(1), pp. 73-82, 2005

C. Dealy, Emergency nurse practitioners : should the role be developed, British Journal of Nursing, 10 (22), 1458-1468, 2001

M. W. Edmunds, Physicians begin negative campaign, The Journal of Nurse Practitioners, Issue 423, June 2006

P. Fillon, Expérimentation de la Sarthe: démographie médicale et transferts de compétence, Présentation dans le cadre du Colloque de formation Démographie des professions de santé et transfert de compétence, Décision & Stratégie Santé, jeudi 6 octobre 2005

N. Gupta, K. Diallo, P. Zurn, M.R. Dal Poz, Assessing human resources for health : what can be learned from labour force surveys ?, <http://human-resources-health.com/content/1/1/5>, 2003

I. Heath, Skill-mix in primary care, British Medical Journal, vol. 308, n°6935, pp. 993, 1994

S. Jenkins-Clarke, R. Carr-Hill, Measuring skill mix in primary care : dilemmas of delegation and diversification, Centre for Health Economics, University of York, janvier 1996

S. Jenkins-Clarke, R. Carr-Hill, P. Dixon, M. Pringle, Skill mix in primary care : a study of the interface between the General Practitioner and other members of the primary care, Centre for



Health Economics, University of York, juillet 1997

S. Jenkins-Clarke, R.A. Carr-Hill, P. Dixon, Teams and seams : skill mix in primary care, *Journal of Advanced Nursing*, 28, pp. 1120-1126, 1998

S. Jenkins-Clarke, R. Carr-Hill, Changes, challenges and choices for the primary health care workforce : looking to the future, *Journal of Advances Nursing*, 34 (6), pp. 842-849, 2000

P. Kinnersley, E. Anderson, K. Parry, J. Clement, L. Archard, P. Turton, A. Stainthorpe, A. Fraser, C. Butler, C. Rogers, Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting « same day » consultations in primary care, *BMJ* vol. 320, 15 avril 2000

Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R., Sibbald B., Substitution of doctors by nurses in primary care, *The Cochrane Library*, Issue 3, 2006

G. Marsh, M. Dawes, establishing a minor illness nurse in a busy general practice, *British Medical Journal*, vol. 310, n°6982, pp. 778-780

F. Midy, Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires, document de travail, *Revue de littérature 1970-2002*, CREDES, Bulletin d'information en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, n°65, mars 2003

F. Midy, Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires, document de travail, *Revue de littérature 1970-2002*, CREDES, 2003

H. P. McKenna, Nursing skill mix substitutions and quality of care : an exploration of assumptions from the research literature, *Journal of Advances Nursing*, 21, pp. 452-459, 1995

Oxcheck study group, Effectiveness of health checks by nurses in primary care : final results of the Oxcheck study, *British Medical Journal*, vol. 310, n°6987, pp. 1099-1104, 1995

G. de Pourville, G. Chaine, S. Nghiem-Buffet, E. Noël, R. Schwob, E. Combier, H. Charreire, La démographie en ophtalmologie 2000-2020, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), rapport présenté le 24 septembre 2003

M. Rees, P. Kinnersley, Nurse-led management of minor illness in a GP nursery, *Nurs Times*, vol. 6, pp. 32-33, 1996

A. Richards, J. Carley, S. Jenkins-Clarke, D.A. Richards, Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation : a review of the literature, *International Journal of Nursing Studies* 37, pp. 185-197, 2000

G. Richardson, A. Maynard, Fewer Doctors ? More Nurses ? A review of the knowledge of Doctor-Nurse substitution, Discussion paper 135 Centre for Health Economics, University of York, juin 1995

G. Richardson, A. Maynard, N. Cullum, D. Kindig, Skill mix changes : substitution or service development ?, *Health Policy* 45, pp. 119-132, 1998

G. Richardson, Identifying, evaluating and implementing cost-effective skill-mix, *Journal of*

Nursing Management, 7, pp. 265-270, 1999

G. Robinson, S. Beaton, P. White, Attitudes towards practice nurses : survey of a sample of general practitioners in England and Wales, British Journal of General Practice, 43, pp. 25-29, 1993

J. Robson, K. Boomla, S. Fitzpatrick et al., Using nurses for preventive activities with computer assisted follow-up : a randomised controlled trial, British Medical Journal, vol. 298, pp. 433-436, 1989

R.M. Scheffler, N.J. Waitzman, J.M. Hillman, The productivity of physician assistants and nurse practitioners and health force work policy in the era of managed health care, Journal of Allied Health, 25 (3), pp. 207-217, 1996

J. Shamian, how nursing contributes toward quality and cost-effective health care, Int Nurs rev, vol. 44, n°3, pp. 79-90, 1997.

C. Shum, A. Humphreys, D. Wheeler, M.-A. Cochrane, S. Skoda, S. Clement, Nurse management of patients with minor illnesses in general practice : multicentre, randomised controlled trial, BMJ vol. 320, 15 avril 2000

B. Sibbald, Inter-disciplinary working in British primary care teams : a threat to the cost-effectiveness of care ?, Critical Public Health, vol. 10, N°4, 2000

K. Spilsbury, J. Meyer, Defining the nursing contribution to patient outcome : lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles, Journal of Clinical Nursing ; 10 :pp. 3-14, 2001

H. Thommasen, P. Lenci, I. Brake et al., Cervical cancer screening performed by a nurse, Can Fam Physician, vol 42, pp. 2179-2183, 1996

P. Venning, A. Durie, M. Roland, C. Roberts, B. Leese, Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care, BMJ vol. 320, 15 avril 2000

N. Walsh, C. Andre, M. Barnes, J. Huntington, H. Rogers, C. Hendron, First wave PMS Pilots : opening Pandora's box, Accountability, integration and responsiveness, XXXX, 2002

D. Wood, A. Kimmonth, G. Davies et al., Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice : principal results of British family heart study, British Medical Journal, vol. 308, n°6924, pp. 313- 320, 1994